ROK III WARSZAWA 1929 GRUDZIEŃ ZESZYT XII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. TADEUSZ ZAWODZIŃSKI

Rozpoznanie rzeżączki kobiecej.
Próba odchylenia dopełniacza z antigenem gonokokowym.

Sprawa rozpoznania rzeżączki jest kwestją o wielkiem znaczeniu nietylko ściśle lekarskiem, ale także ogólno społecznem. Wczesne rozpoznanie ułatwi skuteczne leczenie, pozwoli na zastosowanie zapobiegawczego oddzielenia chorego osobnika, wreszcie, gdy po dłuższem leczeniu przyjdzie upragniony czas poprawy zdrowia, pozwoli na stwierdzenie wyzdrowienia, a co zatem idzie, będzie podstawą do zezwolenia na wstąpienie w związki małżeńskie. Nie potrzeba chyba przypominać, ile szkody przyniosło niewykrycie rzeżączki tam, gdzie ona była i spowodowała następnie zakażenie, będące klęską, łamiącą niekiedy życie całe, z drugiej strony lekkomyślne rozpoznanie rzeżączki tam, gdzie jej nie było spowodować może i nieraz spowodowało dramat małżeński nieobliczalny w skutkach, którego jedynym winowajcą jest niesumienny, albo nie dość świadomy swej sztuki lekarz.

A rozpoznanie rzeżączki nie zawsze jest łatwe, a zwłaszcza u kobiety. Już sama mnogość sposobów proponowanych przez rozmaitych autorów, świadczy o tem, że w trudnych przypadkach, szczególnie w przewlekłych, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o niewątpliwe stwierdzenie wyzdrowienia — żaden z nich nie jest bez zarzutu.

Najstarszym i niewątpliwie najpewniejszym sposobem jest stwierdzenie naoczne w barwionym rozmazie wydzieliny dwoinek *Neissera.* Nie potrzebujemy przypominać, że rozpoznanie swoje w tym przypadku oprzemy na kształcie drobnoustroji przypominających ziarnka kawy, na ich ułożeniu wewnątrz-komórkowym i na ich odporności w stosunku do barwienia metodą *Grama,* czyli na ich *Gram* — ujemności.

Ostatnia z wymienionych cech gonokoków ma szczególne znaczenie w rozpoznaniu rzeżączki kobiecej gdyż w wydzielinie z szyjki, czy z pochwy zazwyczaj obok

dwoinek *Neissera* znajduje się mnóstwo innych drobnoustroji, przeważnie niechorobotwórczych, kształtem przypominających omawiane przez nas zarazki. Toteż o ile lekarz, badający mężczyznę podejrzanego o rzeżączkę, może w początku choroby pozwolić sobie na barwienie jednym barwikiem najlepiej *Krzyształowicza* o tyle z chwilą, gdy chodzi o zbadanie wydzieliny z narządów rodnych kobiety na obecność gonokoków, konieczne jest zastosowanie metody *Grama*. Niestety istnieją drobnoustroje również *Gram* — ujemne i całkowicie przypominające kształtem ziarenka kawy, a mianowicie Micrococcus catarrhalis *Pfeiffer'a*, ale te na szczęście leżą pozakomórkowo. To też z pewnością gonokokami będą tylko dwoinki wewnątrzkomórkowe, jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że mogą one leżeć również pozakomórkowo, nie będą jednak wówczas miały wartości dowodowej.

Przeglądając preparat zwracać należy również baczną uwagę na otoczenie: dwoinka *Neissera* jest drobnoustrojem wybitnie ropotwórczym, to też obecność ciałek ropnych w preparacie jest czynnikiem popierającym nasze podejrzenia co do istnienia rzeżączki w danym przypadku, brak zaś objawów ropienia przemawia przeciwko tej hypotezie, nawet kiedy znajdziemy dwoinki *Gram* — ujemne, o kształcie ziarenek kawy, jednak pozakomórkowo leżące, będą to wspomniane wyżej micrococcus catarrhalis *Pfeiffer'a*, żyjące w pochwie saprofitycznie, a co zatem idzie nie wywołujące ropienia.

Nie od rzeczy może będzie przypomnieć, że przed zbieraniem wydzieliny należy się starać usunąć w miarę możności przypadkowe zanieczyszczenia, tak ze sromu, jak części pochwowej i pochwy. Zrobić to należy najlepiej zmyciem sromu rozczynem 1 : 4000 Hydrargyri oxycyanati, a po wprowadzeniu wziernika należy przetrzeć część pochwową choćby suchym wacikiem, potem dopiero pobierać wydzielinę do zbadania za pomocą uszka platynowego nie zbyt miękkiego i giętkiego, aby można było dostać się do głębi kanału szyjki macicznej.

Wiadomą jest rzeczą, że w miarę trwania choroby i pod wpływem zabiegów leczniczych znikać zaczynają liczne z początku gonokoki, i, szczególnie u kobiety, dość szybko wynalezienie ich w rozmazie staje się coraz trudniejsze. To też od dawna proponowano rozmaite sposoby t. zw. prowokacji, aby podrażniwszy schorzały narząd, spowodować jakby sztuczne zaostrzenie choroby, w czasie którego wychodzą ze swoich kryjówek gonokoki w większej ilości. Fizjologicznym okresem takiego właśnie rozbudzenia choroby jest menstruacja, to też najlepszym momentem do badania wydzieliny na obecność gonokoków jest pierwszy dzień po zupełnym ustaniu krwawienia miesięcznego.

Rozbudzenie na nowo ukrytej choroby uzyskać możemy bądź podając drażniące pokarmy i płyny (z tych ostatnich szczególnie zachwalane jest piwo) bądź drażniąc schorzały narząd miejscowo, czy to chemicznie czy mechanicznie, bądź wreszcie wywołując swoisty lub nieswoisty odczyn ogólny i ogniskowy, wstrzykując domięśniowo, czy to sporą dawkę szczepionki gonokokowej, czy, co lepiej, obcego białka jak naprz. aolanu. Powyżej wymienione sposoby prowokacji stosujemy zazwyczaj w kolejnym wyżej wymienionym porządku, co praktycznie dla kobiety wyglądać będzie jak następuje: pobranie wydzieliny 1) natychmiast po menstruacji, 2) po podaniu paru szklanek piwa (ilość zależy od indywidualnego nawyku do alkoholu), 3) w ciągu paru dni po zadrażnieniu cewki moczowej rozcieńczonym płynem *Lugola* lub 10% azotanem srebra (chemiczna prowokacja szyjki macicy jest niewskazana ze względu na możliwość przedostania się drażniącego płynu do macicy i stąd, dzięki jej skurczom, do jajowodów) 4) po injekcji szczepionki gonokokowej w dawce wywołującej odczyn ogólny, lub co lepiej obcego białka w postaci jakiegokolwiek przetworu sernika (yatren-casein, aolan, mleko i t. d.).

Oczywista z chwilą naocznego wykrycia w rozmazie gonokoków, można przerwać dalsze przykre niekiedy dla chorej poszukiwania, pamiętać jednak zawsze należy, że wynik ujemny nie udowadnia nam wyleczenia i że należy stosować podane powyżej sposoby czy to kolejno czy nawet jednocześnie, aby działały kumulująco i to tak długo, aż znajdziemy winowajcę — dwoinkę *Neissera* w rozmazie. To też rozmazów tych wykonać należy niekiedy bardzo znaczną liczbę, niekiedy nawet kilkadziesiąt, tembardziej, że znane są przypadki, gdzie wynajdywano gonokoki dopiero po wykonaniu setki rozmazów.

Już z tych kilku słów widzimy, że trudno mówić o bezwzględnej wartości metod prowokacyjnych, zależy ona od lekarza, którego staranności, cierpliwości i uporowi stawiają te metody wielkie wymagania, żądając jednocześnie od chorej dużego zasobu zaufania do badającego ją lekarza.

To też od dawna poszukiwano metod, które mogłyby dać odpowiedź niewątpliwą, tak podczas trwania choroby, jak po jej wyleczeniu.

Przedewszystkiem zwrócono się do hodowli gonokoków i rozumowano słusznie, że skoro w wydzielinie osoby badanej znajdują się zaledwie pojedyńcze drobnoustroje, to poszukiwanie ich bezpośrednio w preparacie może spełznąć na niczem wtedy, kiedy wysianie owej wydzieliny na odpowiednią pożywkę dać może wzrost kolonji gonokoków, łatwo wówczas poddających się stwierdzeniu. Niestety właśnie dwoinka *Neissera* i zwłaszcza w rzeżączce kobiecej nie nadaje się do powyższego postępowania.

Nie chciałbym dłużej nad tem się rozwodzić, wspomnę tylko, że gonokoki w wydzielinie z szyjki macicznej w czystej hodowli spotyka się niezmiernie rzadko, chyba w początku ostrego okresu, w przeważnej ilości przypadków spotykamy obok dwoinek *Neissera* całą masę drobnoustroji, zwłaszcza w okresie przewlekłym i w trudnych djagnostycznie przypadkach. Drobnoustroje te obdarzone bez porównania większą zdolnością do życia na pożywkach sztucznych, niż delikatny i bardzo wymagający gonokokok zazwyczaj zarastają go całkowicie, uniemożliwiając wyodrębnienie na tej drodze

Próby stworzenia podłoża wybiórczego nadającego się tylko dla gonokoków zawiodły naogół całkowicie, gdyż delikatny ten drobnoustrój wymaga bardzo pożywnej i bogatej w białko pożywki, na której tem chętniej rozwijają się zaborczy jego towarzysze z narządów rodnych kobiety. Dość powiedzieć, że w rękach najbardziej doświadczonych bakterjologów w warunkach najlepszych, bo w ostrych okresach rzeżączki, zaledwie w 30 tu do 50-u% przypadków udało się uzyskać czystą hodowlę gonokoków. Jakże znikomego procentu powodzeń oczekiwać można w rzeżączce kobiecej i to w przewlekłej, a zwłaszcza w późnych okresach choroby zbliżającej się do wyleczenia. To też przyznać należy, że hodowla gonokoków w rozpoznaniu rzeżączki kobiecej nie ma praktycznego znaczenia. Mimochodem tylko wspomnieć wypada, że lepiej przedstawia się ta sprawa w rozpoznaniu rzeżączki męskiej, gdzie hodowla nasienia, uzyskanego najlepiej na drodze masturbacji, dać może w niektórych przypadkach głęboko usadowionej rzeżączki dobre wyniki, oczywista w rękach doświadczonego bakterjologa, gdyż najdrobniejszy błąd techniczny mści się tu bezwzględnie.

Opierając się na spostrzeżeniach klinicznych poczynionych w czasie leczenia szczepionkami gonokokowemi próbowano nadać injekcjom tych ostatnich znaczenie rozpoznawcze. Sądzono mianowicie, że osobnik zdrowy winien reagować słabiej na szczepionkę gonokokową, niż chory na rzeżączkę, dla którego szczepionka wyżej wspomniana jest czynnikiem swoistym, wykazującym powinowactwo do ogniska choroby, a co zatem idzie wywołującym reakcję, tak ogólną, jak ogniskową. Bliższe sprawdzenie tej hypotezy wykazało jej błędność tak, że obecnie tylko bardzo nieliczni stronnicy tej metody przyznają jej wartość rozpoznawczą; większość autorów stosuje szczepionki gonokokowe (poza leczeniem) tylko w celu prowokowania choroby, o czem wspomniano wyżej.

Pogląd na rzeżączkę, jako na chorobę miejscową, dotyczącą tylko tego czy innego odcinka dróg moczowych, czy narządu rodnego, podlega obecnie coraz to ostrzejszej krytyce. Z chwilą stwierdzenia zmian dotyczących całego ustroju, występujących przy badaniu krwi uznać musimy, że rzeżączka jest schorzeniem ogólnem i pod tym kątem widzenia przedewszystkiem rozpoznawana być może.

Twierdzenie powyższe ma nietylko znaczenie teoretyczne, wkraczające w zakres ogólnej patalogji, ale także wielkie znaczenie praktyczne, gdyż pozwala nam skierować nasze wysiłki rozpoznawcze w kierunku przypadków rzeżączki o umiejscowieniu niedostępnem dla naszej bezpośredniej ingerencji, jak np. arthritis, a przedewszystkiem u kobiet adnexitis gonorrhoica.

Widzimy z powyższego, że metody rozpoznawcze w rzeżączce nie tylko przystosowywać musimy do płci, wybierając inne dla mężczyzn (hodowla nasienia), inne dla kobiet, ale nawet do takiego czy innego

umiejscowienia schorzenia. Oto dla rzeżączki cewki nadawać się będą, między innemi, metody prowokacyjne, oparte na chemicznem i mechanicznem drażnieniu, nie nadające się dla trypra szyjki macicznej; w tym ostatnim natomiast wyjątkowo przychylnym okresem wyszukiwania gonokoków będzie koniec miesiączki, nie mający większego znaczenia dla schorzenia cewki moczowej. Wszystkie zaś powyżej wymienione metody okażą się bezradne skoro staniemy wobec problematu, czy stwierdzane przez nas zapalne zmiany w przydatkach macicy są pochodzenia rzeżączkowego? Dla tych to właśnie przypadków zwrócono się do innej, nie wspomnianej dotychczas metody bakterjologicznej, a mianowicie do odczynu *Bordet-Gengou* t. zw. odchylenia dopełniacza, wyzyskanego uprzednio przez *Wassermana* do badania kiły.

Różnica między metodą *Wassermana,* a omawianą przez nas t. zw. gonoreakcją, t. j. próbą odchylenia dopełniacza według metody *Bordet-Gengou* w rzeżączce polega tylko na różnicy antigenów: antigen kiłowy zastąpiony został przez antigen gonokokowy, t. j. odpowiednio spreparowane drobnoustroje wywołujące rzeżączkę. Pierwsze badania w tym kierunku podjęli *Müller* i *Oppenheim* w 1906 r. W tymże roku odczyn omawiany zastosował *Bruck.* Od tego czasu pojawiło się w piśmiennictwie wszechświatowem prac bardzo dużo, ale dopiero w ostatnich latach sprawa ta weszła znowu na porządek dzienny i wywołała niezwykle obfitą literaturę. W Polsce pierwszy zajmował się odczynem *Bordet-Gengou Lenartowicz* w r. 1912. Po dłuższej przerwie dopiero w r. 1927 ukazała się praca *M. Gieszczykiewicza* i *W. Terajewicza,* a ostatnio *S. Legieżyńskiego* i *S. Kwiatkowskiego.*

Niezależnie od prac polskich powojennych niżej podpisany wraz z *Z. Szwoynicką* podjęli jeszcze w roku 1926 pracę nad wartością odchylenia dopełniacza w rzeżączce, stawiając sobie za cel główny badanie pod powyższym względem rzeżączki kobiecej.

Pobudkami do tej pracy były, 1) wyżej wymienione trudności rozpoznawcze w rzeżączce kobiecej, przy zastosowaniu dotychczas najczęściej używanych metod, 2) rozbieżność głosów poszczególnych autorów, co do wartości odchylenia dopełniacza z antigenem gonokokowym i 3) brak prac polskich w tym kierunku w okresie od r. 1912. Niesposób jest w krótkim artykule, mającym na celu przedewszystkiem praktyczne ujęcie sprawy zastanawiać się nad modyfikacjami i szczegółami techniki serologicznej. Ciekawych odsyłamy do licznych w tej sprawie prac w piśmiennictwie obcem i obecnie już i naszem. Technikę, którą posługiwaliśmy się w naszych badaniach, całkowicie wypracowaną przez p. *Z. Szwoynicką* podaliśmy parokrotnie ustnie na zjazdach, a drukiem w „Medycynie Doświadczalnej i Społecznej." Tu pokrótce tylko wspomnę, że używaliśmy antigenu wytworzonego z 20-tu świeżo wyhodowanych szczepów gonokokowych, według metody *Owers'a* i według metody *Crosti'ego.* Antigen ten miareczkowano w ten sam sposób, jak do reakcji *Bordet — Wassermana.* Sam odczyn nastawiano według nieznacznej modyfikacji metody *Besredki,* stosowanej przez niego w odchyleniu dopełniacza przy gruźlicy.

Zastanawiając się nad wartością kliniczną omawianej próby, którą dla skrócenia nazywać będziemy gonoreakcją, musimy wyznaczyć jej odpowiednie miejsce w djagnostyce rzeżączki. Jest ona metodą trudną, kłopotliwą, wymagającą znakomicie zorganizowanego laboratorjum ustawionego w kierunku badań Wassermanowskich, a ponadto stawia w stosunku do badającego nielada wymagania natury technicznej. Pozatem jest ona niemile widziana przez chore, które jakkolwiek obdarzają zaufaniem wszelkie badania krwi, nauczone powszechnie uznaną wartością odczynu Wassermana, jednakowoż odruchowo boją się pobierania krwi z żyły, co dla gonoreakcji jest nieodzowne. (wystarczy, podobnie jak do reakcji Wassermana, kilka centymetrów sześć. (5 do 10 cm^3) krwi pobranej najlepiej aseptycznie do jałowej probówki i przesłanej do laboratorjum).

Wobec powyższego nie będziemy jej stosowali tam gdzie inne łatwiejsze metody dadzą nam wynik zadawalający. Zarezerwujemy ją natomiast dla przypadków wątpliwych, djagnostycznie trudnych. Nie znaczy to bynajmniej, aby w okresach ostrych choroby gonoreakcja traciła swą czułość. Przeciwnie, już poczynając od IV tygodnia choroby, a więc w pełnym rozwoju choćby najbardziej krótkotrwałej rzeżączki cewki przedniej mężczyzny, czy gonorrhea inferior kobiety,

kiedy jeszcze wynalezienie gonokoków w preparacie bakterjoskopowym nie trafia na większe trudności, gonoreakcja wypada dodatnio w 94,6% przypadków Oczywista w tym okresie rzeżączki praktycznie nie będziemy się uciekać do odczynu odchylenia dopełniacza, ale właśnie ten okres posłużył nam w pracy nad swoistością omawianego odczynu do stwierdzenia, że w olbrzymiej większości przypadków, tam gdzie istniała pewna (gonokoki w wydzielinie) i rozwinięta (ponad 3 tygod. trwająca) rzeżączka, gonoreakcja dała wynik dodatni. Odwrotnie w 620 przypadkach, w których nie przypuszczaliśmy istnienia rzeżączki uzyskaliśmy 97,8% wyników ujemnych. Wniosek: **próba odchylenia dopełniacza z antigenem gonokokowym jest swoista dla rzeżączki.**

Oto parę danych liczbowych klinicznych

Arthritis gonococ.	—	100%	(12 przyp.)
Adnexitis „	—	95,5%	(98 przyp.)
Endometritis cervic	—	75%	(37 przyp.)

Jakiż olbrzymi postęp w stwierdzeniu tego faktu Już niezależnie od umiejscowienia rzeżączki dostępnego nam bezpośrednio czy nie, niezależnie od wielokrotności poszukiwań wytrwałego lekarza, niezależnie nawet od obecności na miejscu chorej (próbkę krwi można przesłać przez pocztę) uzyskaliśmy sposób rozpoznania rzeżączki z prawdopodobieństwem przekraczającem 90%.

Czy tak jednak jest w istocie bez zastrzeżeń, czy zatem może zwolnieni jesteśmy od badania klinicznego pacjentki, której wystarczy pobrać próbkę krwi z żyły i przesłać ją do odpowiedniego laboratorjum, a potem zakomunikować wynik badania serologicznego, jako nieodwołalny i ostateczny wyrok? Na pytanie to postaramy się odpowiedzieć oględnie po przedyskutowaniu naszego dotychczasowego doświadczenia.

Przedewszystkiem zapominać nie należy, że badanie serologiczne jest tylko metodą pomocniczą dla badania klinicznego i to ostatnie będzie miało zawsze decydujące znaczenie.

Aby ocenić wartość gonoreakcji rozpatrzmy oddzielnie wartość wyniku dodatniego i oddzielnie ujemnego.

Oczywista pierwszy wobec minimalnej ilości wyników nieswoistych (i to tylko prawdopodobnie nieswoistych) 2.2% będzie miał bezpośrednio większe znaczenie niż wynik ujemny. Wynik dodatni stwierdza prawie bezwątpienia, że osobnik badany albo ma, albo miał rzeżączkę. Istnieją w literaturze głosy pesymistów, którzy twierdzą, że raz nabyty odczyn dodatni na odchylenie dopełniacza w rzeżączce utrzymuje się we krwi chorego niegdyś osobnika przez lata całe pomimo istotnego jego wyleczenia. Z twierdzeniem tym nie możemy się zgodzić: obserwowaliśmy bowiem szereg przypadków męskich, jak kobiecych, w których odczyn odchylenia dopełniacza w naszych oczach z dodatniego stawał się ujemnym, oczywista, po przeminięciu objawów klinicznych. Przytoczyć chciałbym przypadek rzeżączkowego zapalenia gruczołu *Bartholina* w którym na skutek ciągle odnawiającego się schorzenia usunięto radykalnie cały gruczoł. Gonoreakcja przed operacją (6 lat od początku choroby) wypadła dodatnio, a w 10 miesięcy po operacji — ujemnie: usunięto ognisko choroby i znikł odczyn serologiczny. Nie można zatem uogólniać wyżej przytoczonego pesymistycznego poglądu, nie można uważać nabycia ciał odpornościowych w rzeżączce jako cechy stałej i niezmiennej.

Ale dla ścisłości przyznać należy, że istnieją przypadki, w których odczyn dodatni gonoreakcji utrzymuje się nadzwyczajnie długo. Prawda, że w większości tych przypadków, jak to zdołaliśmy wykryć na materjale kobiecym w 87% przypadków, utrzymują się jednocześnie z dodatnią gonoreakcją anatomiczne zmiany w miejscu schorzenia naprz. guzy przydatków, które nawet z punktu widzenia klinicznego każą nam wątpić w całkowite wyleczenie, pomimo wieloletniego okresu dzielącego chwilę badania od momentu zakażenia.

Niewątpliwie jednak istnieją przypadki, jakkolwiek bardzo nieliczne, w których badania kliniczne, a nawet czynnościowe (przypadek dotyczący mężczyzny, który przed 10 laty przechodził trypra coprawda ze wszelkiemi możliwemi powikłaniami, ale w ciągu życia małżeńskiego żony nie zakaził, miał kilkoro dzieci, a gonoreakcja wypadła dodatnio) potwierdzać się zdają wyleczenie; a odczyn serologiczny wypada stale dodatnio. W przypadkach tych choroba w czasie swego

pełnego rozwoju wywołała cały szereg powikłań, które albo nie uległy całkowitemu wyleczeniu, albo wywołały we krwi szczególnie silne i nie dające się usunąć zmiany.

W każdym jednak razie ponieważ ogromna większość przypadków z gonoreakcją dodatnią wykazuje istotne cechy schorzenia, upoważnieni jesteśmy do przypuszczania, iż osobnik reagujący dodatnio na odczyn odchylenia dopełniacza z antigenem gonokokowym nie może być uważany za wyleczonego, chyba że długa, staranna i wszechstronna obserwacja wykaże, iż należy on do grupy osób o specjalnej stałości raz nabytych cech serologicznych.

Praktycznie zatem biorąc klinicysta, otrzymujący od serologa wynik dodatni gonoreakcji u badanego osobnika, winien podwoić swą ostrożność w wydawaniu orzeczenia wyzdrowienia tegoż i starać się jednocześnie wszelkiemi dostępnemi mu sposobami wykryć ukryte może gdzieś ognisko chorobowe.

Na potwierdzenie wyżej wypowiedzianego zdania przytoczyć możemy przypadek, w którym klinicysta rozpoznał wyzdrowienie, serolog zaś stwierdził odczyn dodatni. W dwa tygodnie potem przyszło do nawrotu choroby, przyczem podejrzenie nowego zakażenia należało z wszelkim prawdopodobieństwem odrzucić.

Omawiając wartość dodatniego wyniku odczynu odchylenia dopełniacza z antigenem gonokokowym wspomnieć należy, że stosowanie szczepionek gonokokowych w injekcjach domięśniowych, czy podskórnych wywołuje nawet u człowieka zdrowego gonoreakcję dodatnią, utrzymującą się rozmaicie długo, najdłużej 80 dni, czyli około 3 miesięcy. Jasną jest zatem rzeczą, że wynik odczynu w ciągu 3-ch miesięcy od zaszczepienia choćby małej dawki vaccina gonococcica jest rozpoznawczo niemiarodajny. Dlatego też lepiej jest używać w celu prowokacji nieswoistego białka obcego (mleka, aolanu i t. d.), aby nie odebrać swoistości dla następowo ewent. wykonanej gonoreakcji.

Tyle o dodatnim wyniku odchylenia dopełniacza w rzeżączce. Odczyn ujemny, jak we wszystkich próbach serologicznych, ma oczywista mniejsze znaczenie niż dodatni.

Teoretycznie biorąc odczyn wypaść może ujemnie w następujących sytuacjach; 1) zakażenia rzeżączkowego zupełnie nie było, 2) zakażenie gonokokowe jest tak świeże, że przeciwciała jeszcze nie zdążyły się wytworzyć, 3) organizm zakażony nie posiada zdolności wytworzenia ciał odpornościowych w stosunku do dwoinki *Neissera*, 4) ilość drobnoustrojów jest zbyt mała, aby mogła wywołać powstanie ciał odpornościowych, 5) zakażenie było, ale minęło — osobnik badany jest już wyleczony. Postarajmy się rozpatrzyć kolejno wymienione możliwości.

ad 1. Punkt pierwszy nie wymaga dowodzenia.

ad 2. Punkt drugi ma tylko znaczenie dla przypadków ostrych w początku choroby (pierwsze dwadzieścia jeden dni), dla rzeczywistego więc zastosowania gonoreakcji nie może być brany pod uwagę.

ad 3. Przeciwko wyjątkowemu temu przypuszczeniu nie możemy w zasadzie oponować. Nie ma jednak to zastrzeżenie większego praktycznego znaczenia, skoro tak w naszym materjale, jak w piśmiennictwie odsetek dodatnich wyników zbliża się do 100% chorych na rzeżączkę. Jak widać z tego ilość tych nie zdolnych do wytworzenia przeciwciał jest minimalna. Punkt ten straci jeszcze bardziej na znaczeniu, skoro ustalimy, jako objaw wyleczenia, nie wynik ujemny, ale przejście wyniku dodatniego w ujemny.

ad 4. Przy obecnym stanie bakterjologji nie jesteśmy w możności ani stwierdzić, ani zaprzeczyć słuszności punktu czwartego. Wydaje się on jednak pozbawiony większego praktycznego znaczenia.

ad 5. Punkt piąty odpowiada w zupełności możliwości biologicznaj.

A zatem, odrzucając kolejno wymienione powyżej punkty przychodzimy per exclusionem do przekonania, że praktyczne znaczenie mogą mieć tylko punkty pierwszy i ostatni, to znaczy, że ujemny wynik gonoreakcji świadczy, albo o tem, że dany osobnik na rzeżączkę nie chorował, albo że się z niej wyleczył.

Reasumując wywody nasze (oczywista z uwzględnieniem wymienionych w tekście zastrzeżeń) wysnuć możemy następujący wniosek, co do wartości klinicznej gonoreakcji, tak w dodatnim jak ujemnym jej wyniku:

a) dodatni odczyn (obok innych danych klinicznych) świadczy o istniejącej rzeżączce, bez względu na jej umiejscowienie.

b) po wyleczeniu klinicznem winien odczyn dodatni przejść w odczyn ujemny (szybkości tego przejścia jeszcze nie określono).

c) odczyn ujemny świadczy o nieobecności gonokoków w organizmie osobnika badanego (o ile nigdy nie chorował na rzeżączkę), albo o wyleczeniu (obok danych klinicznych), o ile odczyn stał się z dodatniego ujemnym.

Zastrzegamy się raz jeszcze z naciskiem, że wniosek powyższy sformułowany został dla jasności, z pominięciem bardzo poważnych zastrzeżeń, wyszczególnionych w tekście i, brany dosłownie, mógłby wprowadzić w błąd niedoświadczonego lekarza, względnie laików.

Nie da się jednak obecnie zaprzeczyć, że w gonoreakcji zyskaliśmy bardzo poważny środek rozpoznawczy w rzeżączce, zwłaszcza kobiecej, bez którego tak postępowy klinicysta (i to wszelkich specjalności), jak lekarz praktyk w trudnych przypadkach obyć się nie będą mogli.

Dalsze obserwacje i oby jak najliczniejsze prace w tym kierunku wyjaśnią nam, miejmy nadzieję, niektóre niezupełnie jeszcze jasne punkty, poruszone w niniejszym artykule.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Erytremja w górach. (L'èrythrèmie des altitudes.). C. Monge. *Archives des mal. du coeur des vais. et du sang. N. 10, r. 1929.*

Autor (profesor uniwersytetu w Limie) badania swoje przeprowadził w Kordylierach, w miejscowości położonej na wysokości 3500 m. nad poziomem morza. Na szerokim płaskowyżu żyje tam 6 miljonów mieszkańców. Połączenie kolejowe między tym płaskowyżem a poziomem morza (Lima) prowadzi przez łańcuch górski wysokości 5000 m. Czas przejazdu od poziomu morza do wspomnianego płaskowyżu wynosi 12 godzin. Powyższe warunki sprzyjały bardzo badaniom nad istotą choroby górskiej, które też są tematem niniejszej pracy.

Objawy choroby górskiej pojawiają się bądźto przy wznoszeniu się wysoko nad poziom morza zanim nastąpi przyzwyczajenie, bądź też zaburzenia te występują u ludzi, mieszkających stale w miejscowościach położonych wysoko, którzy jednak utracili właściwości aklimatyzacji. Choroba górska występująca w czasie wznoszenia się wyraża znacznem rozszerzeniem naczyń krwionośnych i polyglobulją osiągającą zwykle 7 miljonów ciałek czerwonych w 1 mm. Przy najmniejszym wysiłku pojawia się znaczna sinica i duszność, upadek sił fizycznych i umysłowych. Nadto chory skarży się na szum w uszach, mgłę przed oczyma a niekiedy także i na krwotoki z dziąseł. W ciężkich przypadkach występuje powiekszenie śledziony, niedomoga mięśnia sercowego a nawet chory może zapaść w śpiączkę. Już względne nieznaczne obniżenie wysokości położenia np. z 5000 do 3700 m osłabia powyższe objawy. Po pewnym czasie przebywania na znaczniejszych wysokościach nastepuje przyzwyczajenie. Obok tych gwałtownych i ostrych objawów choroby górskiej istnieje i łagodniejsza jej postać u osób, które przy wznoszeniu się nie odczuwały żadnych dolegliwości i które uważają się za aklimatyzowane, a u których mimo to stwierdza się znaczną erytremję (około 8 miljonów ciałek), których twarz odpowiada wyraźnie erytremji a skargi odnoszą się tylko do bólów mięśniowych w dolnych kończynach. Zejście w niziny usuwa stale wszelkie dolegliwości a także w większości przypadków dalszy pobyt w górach z czasem sprowadza przyzwyczajenie.

Autor podkreśla, że spotyka się niekiedy utratę aklimatyzacji, bądźto u osób, które ją nabyły, bądź u tubylców w tych warunkach zrodzonych. W tych przypadkach zejście w niziny na pewien czas pozwala znowu na powrót w góry i ponowne, choć zwykle czasowe tylko, uzyskanie aklimatyzacji.

Autor podaje następującą historję choroby: chory lat 48-miu, urodzony nad morzem w dwunastym roku życia udaje się do miejscowości położonej na 4700 m. Tam aklimatyzuje się, żeni się, staje się ojcem rodziny. Cały czas ciężko pracuje fizycznie a mimo to czuł się zupełnie zdrowy. Dopiero w 38-ym roku życia zaczyna odczuwać kilkuminutowe, bardzo silne bóle w nogach. W 40-tym roku życia bóle powiększają się; w 45-tym roku życia chory staje się sinawy, cierpi na bóle głowy i zawroty głowy oraz cięższe krwotoki z nosa. W 46-tym roku życia powyższy stan zmusza go do zejścia na 2500 m, tam stan jego zupełnie się poprawia, po powrocie jednak do domu następuje ponowne pogorszenie. Wówczas stwierdzono u chorego 8 miljonów ciałek czerwonych. Po krótkiem leczeniu w szpitalu stan jego poprawia się, lecz znowu na niedługo, przy ponownem badaniu stwierdzono znaczną sinicę, rozszerzenie naczyń skórnych, objawy rozedmy, macalną śledzionę. we krwi zaś 8.900000 krwinek, 11200 leukocytów i 101% hemoglobiny. Odczyn Wa we krwi ujemny. Leczenie zapomocą naświetlań kości długich doprowadziło do poprawy stanu chorego, przyczem liczba krwinek zmniejszyła się do 5.100000. Przy powrocie w góry stan chorego natychmiast się pogorszył, co niebawem jednak minęło i chory usiłował pracować. Po paru miesiącach pogorszenie było tak znaczne, że chory zsiniał, popadł w śpiączkę, nadto wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego. Chorego sprowadzono nad poziom morza, gdzie niebawem stan jego zupełnie się poprawił. Chory znowu powrócił w góry, by po jednym dniu powrócić w analogicznym stanie na niziny, gdzie już pozostał.

Powyższy przypadek wskazuje na możność utraty aklimatyzacji u człowieka, który dziesiątki lat przebywał w górach i tam ciężko pracował.

Dalsze badania autora wykazały, że w górach następuje znaczne zmniejszenie się nasycenia hemoglobiny tlenem. W okresach utraty aklimatyzacji procent utlenionej hemoglobiny spada jeszcze bardziej. Dla wyrównania tego następuje w górach wzmożenie się ilości hemoglobiny przy prawidłowem zużyciu tlenu. U człowieka z erytremją, znajdującego się na nizinach powyższy stan nie zmienia się, natomiast u człowieka z ciężką erytremją w stanie pogorszenia tlen znajduje się we krwi w ilości nawet wzmożonej, lecz tkanki go nie zużywają. Przyczynę powyższego zjawiska należy szukać w zwiększonej zasadowości krwi w okresie wznoszenia się.

Autor sądzi, że między erytremją w górach a chorobą *Vaquez'a* istnieje duże podobieństwo, acz, kolwiek nie można zapominać o odmiennej etjologji tych schorzeń, jak i o odmienności w skutkach leczniczych.

Późny białkomocz w przebiegu odosobnionego nadciśnienia tętniczego. (L'albuminurie tardive au cours de l'hypertension solitaire). A. Dumas. *Journ. de Méd. de Lyon. N. 233, r. 1929.*

Autor widział u pewnej liczby chorych z nadciśnieniem tętniczem zupełnie prawidłową czynność nerek, u których dopiero spadek nadciśnienia zbiegał się z pojawieniem się białka w moczu. Na dowód powyższego autor przedstawia dwie historje choroby; zakończone śmiercią i pośmiertnem badaniem zwłok. Sekcja w obu przypadkach wykazała dość znaczne zmiany w naczyniach nerek.

Na podstawie powyższych obserwacji (i innych przypadków) autor sądzi, że nadciśnienie przeciwstawia się i maskuje zaburzenia czynnościowe nerek w analogji do serca, które w pierwszej fazie również kompensuje zmiany chorobowe. Z czasem jednak, zwłaszcza u osób starszych, spostrzega się powolne obniżanie nadciśnienia i wówczas też ukazuje się białko w moczu, jako wyraz czynnościowych i anatomicznych zaburzeń nerek.

Podostre zapalenie mięśnia sercowego natury kiłowej. (Myocardite subaigüe syphilitique). L. Gravier. *Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 233. r. 1929.*

Autor nie zgadza sie z najczęściej stosowanym podziałem chorób kiłowych mięśnia sercowego, który odróżnia uszkodzenia organiczne (kilak i zawał) oraz uszkodzenia rozlane (właściwe zapalenia mięśnia sercowego). Powyższy podział nie znajduje uzasadnienia, według autora, w patogenezie tych cierpień. N. p. zawał w mięśniu sercowym (uszkodzenie ograniczone) i myomalacia (uszkodzenie rozlane) mogą powstać z jednej i tej samej przyczyny: zamknięcia światła tętnicy wieńcowej serca. Daleko słuszniej, według autora, jest dzielić kiłowe schorzenia mięśnia sercowego na dwie grupy: 1) uszkodzenia mechaniczne, natury dystroficznej, wywołane zamknięciem światła w tętnicy wieńcowej serca oraz 2) stany zapalne, które mogą być bądźto swoiste (kilak), bądź też nieswoiste t. j. zapalenie mięśnia sercowego o podostrym przebiegu, lub przewlekłym. Należy też nadmienić, że zapalenie mięśnia sercowego o przebiegu przewlekłym (natury kiłowej) może być skutkiem procesu zapalnego lub też zwyrodniającego, albo też zwykłą dystrofją natury tętniczej.

Autor przedstawia historję choroby przypadku podostrego zapalenia mięśnia sercowego natury kiłowej.

Chora lat 44 zgłasza się z powodu bicia serca, duszności i żółciowych wymiotów. Stan jej mimo przyjmowania środków nasercowych stale się pogarsza. Badanie fizykalne stwierdza znaczne powiększenie serca, z lekkim szmerem skurczowym nad końcem serca, lekkimi obrzękami nóg i bardzo słabym białkomoczem. Brak wyraźnych zmian na zastawkach serca (lekki szmer skurczowy autor odnosi do zmian czynnościowych) skłonił autor do podejrzeń w kierunku mesaortitis luetica. Wprawdzie odczyn *Wassermanna* we krwi był ujemny i brak było innych oznak kiły bądźto na śluzówkach, bądź też w układzie nerwowym, to jednak względnie młody wiek chorej, ostry początek cierpienia, wczesna śmierć dzieci (troje dzieci zmarło w wieku wczesnym, jedno urodziło się martwe) oraz rentgenologiczne stwierdzenie rozszerzenia aorty bez wyraźnego jej tętnienia, wszystko to przemawiało za powyższem rozpoznaniem.

Dalsze leczenie z jednej strony przeciwkiłowe, z drugiej zaś środkami nasercowymi nie wstrzymało rozwoju choroby tak, że chora zmarła wśród objawów typowej niedomogi serca ze znacznym zastojem.

Badanie pośmiertne, obok zmian właściwych zastojowi krwi, wykazało w tętnicy głównej typowe i rozsiane zmiany natury kiłowej. Serce w całości znacznie powiększone, zwłaszcza lewa jego komora, nie wykazało zmian na zastawkach. Badanie makroskopowe mięśnia sercowego nie wykazało żadnych zmian, natomiast badanie mikroskopowe stwierdziło zmiany zupełnie analogiczne w całym mięśniu sercowym. Autor opisuje szczegółowo powyższe zmiany, które dotyczyły przedewszystkiem drobnych naczyń serca a następnie i samej mięśniówki.

Ze stanowiska klinicznego podostre zapalenie mięśnia sercowego na tle kiłowem powyższego typu wyraża się przedewszystkiem osłabieniem lewej komory serca o gwałtownym początku i dość szybkim przebiegu, przyczem obrzękowe objawy ze strony płuc wybijają się na plan pierwszy. W przeciwieństwie do myocarditis tuberculosa, podostre zapalenie mięśnia sercowego na tle kiłowem występuje przeważnie współcześnie ze zmianami w tętnicy głównej (mesaortitis luetica), na co *Galavardin* zwracał szczególną uwagę. Ze stanowiska anatomo-patologicznego myocarditis subacuta luetica może się przedstawiać pod postacią dużych, makroskopowych zmian sklerotycznych; niewątpliwie znacznie częściej zmiany chorobowe są względnie nieznaczne i gołem okiem niestwierdzalne, natomiast mikroskop wyraźnie wykrywa ich naturę. Te zmiany polegają na odczynie miąższowym typu zapalnego, który wywołuje nacieczenie włókien mięsnych. Zależnie od rozwoju zmian spotyka się różne obrazy, często też spotyka się zmiany w drobnych naczyniach pod postacią endarteriitis i periarteriitis. Zmiany chorobowe są rozlane, przyczem warstwy podosierdziowe są silniej dotknięte i od nich to zmiany drążą w głąb mięśnia sercowego.

Uderzający jest niestosunek między zmianami anatomo-patologicznemi a ciężkim obrazem klinicznym. *Galavardin* przyjmuje też współistnienie innych szkodliwych czynników (oprócz zmian anatomicznych) a mianowicie przeciążenie krążenia i t. p. Autor wyraża przypuszczenie, że być może niedostateczna znajomość nasza roli, jaką odgrywają zwyrodnienia miąższowe mięśnia sercowego, nie pozwala nam na dokładne wyjaśnienie powyższej sprawy.

Pokrzywka, jej patogeneza i leczenie zapomocą ergotaminy. (L'urticaires: pathogenie, traitement par le tartrate d'ergotamine). R. Decaux. *These de Paris według: Journ. de Méd. de Lyon. N. 234. r. 1929.*

Nowoczesne badania wykazały jak duże znaczenie posiadają zaburzenia układu wegetatywnego (błędno-współczulnego) w powstawaniu takich zespołów chorobowych jak choroba *Basedowa,* migrena i pokrzywka. Stwierdzono też, że pokrzywkę spotyka się przedewszystkiem u osobników z wyraźnie zwiększonem napięciem nerwu współczulnego. Stąd też powstała myśl stosowania ergotaminy, która posiada właściwość obniżania napięcia nerwu współ-

czulnego. Korzystne wyniki uzyskane po ergotaminie stwierdzano w takich chorobach sympaticotonicznych, jak choroba *Basedowa*, częstoskurcz napadowy (tachycardia paroxismalis), swędzenie skóry, migrena i pokrzywka.

Leczenie pokrzywki może polegać z jednej strony na odczuleniu swoistem, względem bodźca wywołującego to cierpienie, przedewszystkiem jednak należy zmienić podłoże ustrojowe, zwłaszcza gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu oraz wpłynąć na układ wegetatywny.

Przed rozpoczęciem leczenia należy przekonać się o wrażliwości chorego na ergotaminę wstrzykując podskórnie $^1/_4$ do $^1/_2$ ccm ergotamini tartarici. Jeżeli chory reaguje na powyższą dawkę, wówczas uważać go należy za będącego w stanie sympaticotonii i należy rozpocząć leczenie, podając doustnie dwa do trzech razy na dzień po 15 kropli 9.1%-wego roztworu ergotaminy lub też 2 do 3 pastylki, z których każda zawiera 1 mlgr. tego leku. Leczenie podskórne polega na wstrzykiwaniu jednej ampułki ergotaminy, z której połowę wstrzykuje się rano, a połowę wieczorem. Każda ampułka zawiera 1 ccm roztworu, co odpowiada 0.5 mlgr ergotaminy.

Rozstrzenie oskrzelowe i gruźlica. (Bronchectasié et tuberculose). L. Bernard. *Paris Medical. Nr. 39. r. 1929.*

Dopiero *Laennec* wyodrębnił rozstrzeń oskrzelową jako jednostkę chorobową, nie łączył jej jednak z gruźlicą. Podobnie i *Cruveilhier* mówi nawet o antagonizmie między temi dwoma cierpieniami, opierając się na badaniach anatomo-patologicznych, które nie wykrywały rozstrzeni oskrzeli w płucu dotkniętem gruźlicą. Dopiero *Grancher* w r. 1878 wykazał istnienie rozstrzeni oskrzeli w różnych typach gruźlicy płuc. Zdanie to było ogólnie przyjęte z tem jednak, że powstawanie rozstrzeni oskrzeli łączono przedewszystkiem z gruźlicą typu włóknistego. Później *Claisse* podzielił rozstrzenie oskrzelowe na dwie grupy w odniesieniu do gruźlicy płuc, z których pierwsza grupa przedstawiała rozstrzenie oskrzeli w postaciach gruźlicy wygasłej, druga zaś obejmowała gruźlicę, rozwijającą się na tle rozstrzeni oskrzeli.

Z czasem stwierdzono ważną rolę i innych czynników w etjologji rozstrzeni oskrzeli, przyczem na pierwszem miejscu należy wymienić kiłę, zarówno nabytą, jak i wrodzoną. W ostatnich czasach, wskutek usilnych badań wykazano istnienie rozstrzeni oskrzeli w postaci niejako początkowej o niewielkich rozmiarach; są to trzy typy anatomiczne a mianowicie: rozstrzenie cylindryczne, wrzecionowate i workowate. Klinicznie zwrócono uwagę na niesłychanie obfitą plwocinę, która pojawia się nagle u chorych cierpiących dotychczas na okresowe, często powtarzające się nieżyty oskrzeli. Chory na rozstrzenie oskrzeli kaszle i odpluwa wiele, wykazuje często ciepłoty gorączkowe, zachowując przytem dobry stan ogólny, co stoi w sprzeczności z wyraźnemi i daleko posuniętemi zmianami. Plwocina układa się w trzy warstwy, wydzielając przytem woń świeżego gipsu, niekiedy zaś jest wprost cuchnąca. Do tego dołączają się występujące od czasu do czasu krwioplucia, mniej jednak obfite niż u chorych gruźliczych. Badanie fizykalne stwierdza u takich chorych zespół właściwy jamie w płucu, umiejscowionej w dolnych częściach płuca i zmieniający swe cechy, zależne od stopnia wypełnienia rozstrzeni wydzieliną.

Tego rodzaju klasyczny obraz spotyka się tylko przy obecności dużych jam rozstrzeniowych. Niewielkie rozstrzenie dają objawy bardzo nikłe, a niekiedy są wykrywalne tylko zapomocą promieni Roentgena, a zwłaszcza po uprzedniem wstrzyknięciu lipiodolu do oskrzeli.

Badanie radjologiczne po wstrzyknięciu lipiodolu wykazuje cienie wzdłuż przebiegu oskrzeli, występujące bardzo wyraziście.

Tego rodzaju drobne rozstrzenie oskrzeli, stwierdzalne zapomocą prześwietlenie spotyka się u chorych, których skargi i badanie fizykalne dają obraz przewlekłego nieżytu, połączonego z rozedmą płuc. Niekiedy zaś u chorego z bardzo dobrem samopoczuciem pojawiają się powtarzające się krwioplucia, na podstawie których nieraz przypuszcza się istnienie utajonej gruźlicy. I tu badanie fizykalne wykrywa tylko objawy nieżytu i ewentualnie istniejącej rozedmy płuc. Dopiero badanie rentgenologiczne po zastosowaniu lipiodolu wyjaśnia całą sprawę.

Te drobne rozstrzenie oskrzeli, ze stanowiska anatomo-patologicznego, znajdują wyjaśnienie w procesie toczącym się w samej ścianie oskrzeli, przyczem ściana ta jest zwolna niszczona, a nadto równocześnie toczy się w płucach proces o przebiegu przewlekłym i o naturze wytwórczej, wywołującej z czasem stwardnienie tkanki płucnej. Te stany chorobowe związane są z zakażeniami, powstałemi drogą wdechiwania drobnoustrojów lub też zakażeniami krwiopochodnemi, których typem jest kiła oskrzelowo-płucna.

Autor mniema, że w zupełnie podobny sposób mogą powstać rozstrzenie oskrzeli na tle gruźlicy. Tu należy też podkreślić, że jedynem świadectwem istnienia gruźlicy jest obecność w plwocinie lub w narządach chorych prątka gruźliczego. Autor podkreśla, że nie należy przypisywać gruźliczej natury tym procesom chorobowym, w których nie stwierdzi się obecności prątka gruźliczego, przyczem oczywiście należy dołożyć wszelkich możliwych starań dla jego wykrycia i badania te należy przeprowadzać kilkakrotnie.

Na dowód powyższych tez autor przytacza przypadek chorego, lat 28, u którego stwierdził ognisko w prawym szczycie oraz objawy stwardnienia płuc, z przesunięciem tchawicy i śródpiersia, a po prześwietleniu promieniami Roentgena z użyciem lipiodolu, wykazał też istnienie rozstrzeni oskrzelowych. Dla stwierdzenia natury powyższego cierpienia badano plwocinę trzykrotnie bezpośrednio oraz trzynaście razy po homogenizacji; dwukrotnie też badano stolec, mimo to prątków *Koch'a* nie wykryto. Wobec czego wstrzyknięto 10-ciu świnkom morskim plwocinę chorego i dopiero to badanie wykazało u dwuch świnek morskich zakażenie gruźlicze.

U innego chorego stwierdzono u podstawy prawego płuca stłumienie i rzężenia grubobańkowe, zdjęcie promieniami Roentgena wykazało obecność rozstrzeni oskrzelowych. Na 10 badań plwociny zapomocą homogenizacji, tylko dwa razy stwierdzono obecność prątków.

Wreszcie w trzecim przypadku, w którym obraz rozstrzeni oskrzelowych był zupełnie klasyczny na 17-cie badań plwociny, dwa wykazały obecność prątków gruźliczych.

Co się tyczy stosunku gruźlicy do rozstrzeni oskrzelowej, to należy zaznaczyć, że możliwości są różne. I tak, spotyka się chorych z rozstrzeniami oskrzeli, u których w żaden sposób nie można wykazać procesu gruźliczego. Dopiero po pewnym czasie obraz chorobowy się zmienia, a chory zaczyna chudnąć, występują obfite poty i gorączka. Badanie plwociny wykazuje odrazu istnienie prątków *Kocha*. W takim przypadku, do istniejących rozstrzeni oskrzelowych, dołączył się proces gruźliczy.

Drugą możliwością jest otwarcie ogniska gruźliczego, istniejącego poprzednio w sąsiedztwie oskrzela. Aby to udowodnić, należałoby stwierdzić, że obok rozstrzeni oskrzelowych, ognisko takie już istniało. Przy obecnym stanie wiedzy jednak można to uważać tylko za hypotezę.

Zdaje się jednak nie ulegać kwestji, że rozstrzenie oskrzelowe mogą powstać w płucu, w którem toczy się włóknisty proces gruźliczy. Natomiast wyjątkowo spotyka się rozstrzenie oskrzeli w procesach gruźliczych serowaciejących. W takich przypadkach chodzi o gruźlicę przewlekłą.

Można też stwierdzić powyższe rozstrzenie w przebiegu gruźlicy ostrej i podostrej. Pojedyńcze przypadki tego typu były opisane przez *Sergent'a, Pruvost'a i Cottenot'a*, oraz przez *d'Armand-Delille'a, Levy'ego i Marie'go*.

Najczęstszą przyczyną powstania rozstrzeni oskrzelowych jest rozlany, przewlekły proces gruźliczy, jak to miało miejsce w trzech powyżej opisanych przypadkach.

Wreszcie autor opisuje przypadek kobiety 50-cio letniej, u której rozstrzenie oskrzelowe wykazywały typ rozstrzeni suchych, ze skłonnością do krwioplucia. Mimo licznych badań nie podobna było wykryć w plwocinie prątków *Kocha*, jakkolwiek wywiady rodzinne wyraźnie za tą etjologją przemawiały. Dopiero ścisłe wykluczenie wszelkich innych możliwości oraz stwierdzenie blizny na szyji, pozostałej po gruźliczo-zropiałych gruczołach, każe przypuszczać istnienie gruźliczego tła.

Parę uwag o wybiórczej odmie opłucnowej. (Quelques remarques sur le pneumothorax electif). F. Dumarest, H. Mollard i K. Reynaud. *Paris Médical Nr. 39, r. 1929.*

Pod nazwą wybiórczej odmy opłucnowej rozumiemy tę postać odmy sztucznej, w której uciskowi ulega tylko schorzała część płuca, podczas gdy reszta zdrowego płuca zachowuje w pełni swą czynność fizjologiczną. W ten sposób rozumiana wybiórcza odma opłucnowa jest tylko szczególną postacią metody *Forlanini'ego*, którą przypadkowo odkryto i którą tylko przypadkowo udaje się założyć.

Między wybiórczą odmą opłucnową a odmą częściową jest ta różnica, że w odmie częściowej umiejscowienie ucisku jest wywołane biernie przez istniejący zrost, który część płuca ustala z klatką piersiową, zapobiegając w ten sposób jego uciśnięciu, podczas gdy w wybiórczej odmie ucisk części płuca występuje samoistnie, przy braku jakichkolwiek zrostów. Uciśnięta częścią płuca jest chora tkanka. W większości przypadków wybiórczej odmy chodzi o ucisk górnego płatu płuca, znacznie rzadziej płatu dolnego, wyjątkowo zaś tylko płatu środkowego (jedyny przypadek opisany przez *Vaucher'a* i *Valb'a*).

Powstaje zagadnienie dlaczego w tych warunkach kurczy się tkanka chora, podczas gdy tkanka zdrowa zachowuje prawie całkowitą swą postać. Większość autorów skłania się do teorji biernej. Autorowie niniejszej pracy są zwolennikami teorji czynnej i na dowód jej słuszności przytaczają następujące fakty.

1. Z chwilą gdy w odmie wybiórczej chora część płuca kurczy się silniej niż zdrowa, to powyższy fakt nie oznacza utraty jakiejś właściwości przez chorą część płuca, ale przeciwnie oznacza to uzyskanie nowej właściwości a mianowicie większej siły kurczenia się. Autorowie podkreślają, że jest to właściwością dość częstą chorych tkanek, iż dążą one do zmiejszenia swej objętości. Należy przytem zaznaczyć, że jest to właściwość samego płuca a nie skutek wytwórczego zapalenia opłucnej.

2. Rozmaite płaty płucne posiadają, według *Sergent'a*, pewną autonomję- t.zn. że podczas wdechu każdy płat dostosowuje się tylko do odpowiedniego odcinka klatki piersiowej. Ta właściwość pozwala na znaczniejsze kurczenie się jednego płatu w porównaniu do drugiego w odmie wybiórczej.

3. Przed założeniem jakiejkolwiek odmy istnieją dwie siły, które dążą do zmniejszenia t. zw. ciśnienia wewnątrz-opłucnowego. Pierwsza siła jest zależna od kurczliwości samego płuca, którą według *Parodi'ego* należy mierzyć w czasie bezdechu i w okresie wydechu. Drugą siłą jest oddechowe rozszerzanie się klatki piersiowej. Siła pierwsza stara się przyciągnąć ścianę klatki piersiowej do płuc, podczas gdy siła druga dąży do przyciągnięcia płuca do ściany klatki piersiowej. Z chwilą wprowadzenia gazu do jamy wewnątrz opłucnej jest niweczona pierwsza siła, przyczem zwężają się lub nawet zamykają drobne oskrzeliki wskutek skurczu ich mięśniówki (*Parodi*). Z chwilą, gdy ilość gazu jest wystarczająca, siła pierwsza może być całkowicie unicestwiona i wówczas nie tylko płuco przestaje przyciągać ścianę klatki piersiowej, ale też i druga czynność t. j. przyciąganie płuca do klatki piersiowej zostaje zniesiona i tem samem mamy do czynienia z całkowitą odmą opłucnową.

Skoro zakładamy odmę opłucnową celem unieruchomienia części płuca chorego (przy wolnych wcięciach), kurczy się przedewszystkiem i silniej płat chory dlatego, że siła pierwsza jest w niem większa a siła druga mniejsza niż w zdrowym płacie płuca. Oczywiście ilość wpuszczonego gazu musi być względnie niewielka, skoro bowiem wpuścimy zbyt wiele gazu, wówczas otrzymamy uciśnięcie całej części płuca a więc i zdrowej, czyli odmę zupełną. W zasadzie najlepsze ciśnienie w wybiórczej odmie wynosi plus minus zero w okresie wydechu. Cyfra ta może niekiedy być i niższa od zera, w żadnym zaś wypadku wyższa.

Niestety założenie odmy wybiórczej zależy tylko od wypadku. Według *Gwerder'a-Pedoja* należy początkowo wpuścić małą ilość gazu a następnie, pod ścisłą obserwacją, uzupełniać odmę również małemi dawkami. Według *Hennel'a* i *Stivelmann'a* należy założyć odmę całkowitą a dopełnienia tej odmy rozkładać na dłuższy przeciąg czasu, aby pozwolić zdrowej części płuca na rozwinięcie się. Obie te metody są niestety dość niepewne i zależą od wypadku.

Wbrew pierwotnym twierdzeniom, odma wybiórcza nie chroni przed powikłaniami opłucnowymi,

ani też przed uczynnieniem się zmian chorobowych. Obie te zmiany bowiem zależą od samego przebiegu choroby. Odma wybiórcza nadaje się przedewszystkiem do leczenia spraw mniej złośliwych. Ten sposób leczenia posiada też i inną niedogodność, a mianowicie powstają tu łatwo zrosty opłucnowe na wysokości dolnych płatów, które mogą z czasem zupełnie uniemożliwić stosowanie odmy. Dlatego to chorych tych należy ściśle obserwować, zwłaszcza przy pomocy promieni *Roentgena* i powtarzać często dopełniania odmy.

Natomiast wybiórcza odma daje trojaką korzyść. Po pierwsze zapomocą tej metody można przeprowadzać leczenie paljatywne u chorych na dwustronną gruźlicę; po drugie zapomocą niej można uniknąć przemieszczenia śródpiersia tak częstego u dzieci; wreszcie po trzecie odma wybiórcza jest niezbędnym warunkiem przy zakładaniu odmy dwustronnej.

Objawy oczno-powiekowe zespołu Basedowa. (Les signes oculo - palpebraux des syndromes Basedowiens). P. Sainton. *Paris Medical Nr. 41 r. 1939.*

Z objawów ocznych przy zespole Basedowa na plan pierwszy wydobywa się wytrzeszcz oczu. Wytrzeszcz oczu spotyka się częściej u kobiet niż u mężczyzn, zazwyczaj jest obustronny, rzadko jednak tego samego stopnia po obu stronach. Według autora wytrzeszcz jest zawsze silniejszy po tej stronie, po której silniej rozwinięte jest wole, W przypadkach ciężkich wytrzeszcz jest tak znaczny, że między zamkniętemi powiekami pozostaje szpara, co w rezultacie jest przyczyną ciężkich powikłań.

Wytrzeszcz może być i jednostronny; *Worms i Harman* zebrali statystykę obejmującą 112 podobnych przypadków. Tego rodzaju jednostronny wytrzeszcz może wystąpić w samych początkach choroby, by potem stać się dwustronnym lub też może być pozostałością po dwustronnym wytrzeszczu. Zamiast wytrzeszczu spotyka się często szczególny błysk oczu u tego rodzaju chorych, zwłaszcza pod wpływem przejściowych bodźców psychicznych. Współcześnie z wytrzeszczem oczu stwierdzamy rozszerzenie się szpary międzypowiekowej, czyli t. zw. objaw Stellwag-Dalrynphe'a. To rozszerzenie nie jest proporcjonalne do stopnia wytrzeszczu, zależy ono od zaburzeń w napięciu, lub jest natury skurczowej. Jeden z powyższych objawów spotyka się stale przy zespole Basedowa a należy do wyjątków brak tychże objawów (jak n. p. w przypadku *Chesneau,* który widział enophthalmię, powstałą w ciągu dwuch dni u chorego, który od lat dziesięciu wykazywał wytrzeszcz oczu). Ta enophthalmia przy równoczesnym spadku ciśnienia wewnątrzocznego i myosis powstała wskutek porażenia nerwu współczulnego.

Z innych objawów spotykanych w zespole Basedowa należy wymienić nieprawidłowe zabarwienie powiek, które polega na ciemnym, jednolitym kolorycie, tworzącym pierścień na powiekach lub też ograniczonym do wewnętrznego kąta oka. Jest to objaw Jellineck-Teillais. Ten objaw wyjątkowo może występować współcześnie z uogólnionymi zaburzeniami pigmentacji, przypominającymi obraz przy chorobie Addisson'a. Zabarwienia tego nie należy mieszać z xanthelasma, które również spotyka się u chorych na zespół Basedowa.

U omawianych chorych spotyka się też niekiedy i przeciwny objaw, t. j. odbarwione plamy w okolicy powiek, lub nawet vitiligo; w tych przypadkach bywają też miejscowe odbarwienia rzęs i brwi.

Często ruchomość powiek jest zmieniona, przyczem spotyka się zarówno częstsze, jak i rzadsze mruganie.

Objaw *Rosenbach'a* polega na drganiu powiek, gdy choremu każe się zamknąć oczy; przyczem to drganie jest bądź powolne, bądź szybkie. Ten objaw spotykamy też w zespołach zapalenia mózgu i porażenia postępującego.

Joffroy opisał objaw polegający na spostrzeżeniu, że gdy zdrowemu człowiekowi każemy spojrzeć w górę, wówczas współcześnie z podniesieniem powiek następuje skurcz mięśni czoła; u niektórych chorych na zespół Basedowa ten skurcz mięśni czoła nie występuje.

W jednym przypadku autor spostrzegał spastyczny skurcz powieki górnej (objaw *Gifford'a*), który występuje zwłaszcza wtedy, gdy usiłujemy

odwrócić powiekę. Objaw ten jest jednak częsty i u osób nerwowych.

W zakresie spojówek spotykamy często objaw Bergera, polegający na tem, że oko jest jak gdyby skąpane we łzach, przyczem nastrzykanie spojówek jest wyraźne.

Inny objaw dotyczący spojówek opisał *Topolańoki*: a mianowicie na gałce ocznej pojawiają się pasma przekrwienia, szerokości 2 i pół do 3 mm a biegnące od obwodu gałki ocznej aż ku rogówce. Odpowiadają one mięśniom prostym oka i tworzą jakgdyby gwiazdę czy krzyż, którego ramiona skierowane są ku środkowi rogówki, nadto na poziomie mięśni prostych pojawiają się dwie, wypełnione krwią, żyły, których odgałęzienia kończą się na 2do do 3 cm od rogówki: Powyższy objaw autor rzadko spotykał. *Lucien*, *Parisot* i *Richard* objaw ten opisują jako pasmo naczyń, biegnących naokoło twardówki i przechodzących przez miejsca przyczepu mięśni prostych oka.

Na rogówce, w ciężkich przypadkach wytrzeszczu, spotyka się owrzodzenia, a nawet przebicia, które zasadniczo są pochodzenia, zapalnego a nie troficznego, jakkolwiek notowano już zmniejszenie się wrażliwości rogówki u chorych na zespół Basedowa. Leczenie powyższych zmian polega przedewszystkiem na tarsoraphii.

Niepokój ruchowy gałek ocznych u chorych na zespół Basedowa spotyka się często, rzadziej chodzi tu o drgawki nystagmiczne, samoistne, często zaś o takież drgawki sztuczne wywołane przy spojrzeniu chorego w bok, rzadziej zaś ku górze. Zwykle mamy tu nystagmus horizontalis.

Objaw Moebius'a, t. j. brak zbieżności oczu częściej bywa obuoczny, rzadziej zaś jednostronny. Podobnie często spotykamy objaw Graefe'go, t. j. brak synergji między ruchami gałki ocznej a górnej powieki, co szczególnie wyraźnie stwierdza się gdy chory patrzy ku dołowi. przyczem widać wyraźnie białe pasmo między rogówką a górną powieką.

Porażenia szóstej, trzeciej i czwartej pary nerwów mózgowych dawniej były spostrzegane, obecnie uważa się je za wyjątkowe. Ostatnio *Wedd* i *Permar* zebrali 8 przypadków.

Badania źrenic nie wykazuje zmian tak częstych, jak można by się było teoretycznie tego spodziewać. Autor potwierdza statystykę Hartmann'a, który prawidłowe źrenice stwierdził w 86-u badanych przypadków, mydriasis w 7%, zaś myosis w 2%.

Chorzy na zespół *Basedowa* skarżą się często na zaburzenia wzrokowe (łatwe zmęczenie się wzroku i t. p.), w większości przypadków nie wykazują oni jednak żadnych zaburzeń organicznych, ani też anomalji wzroku. Rzadko też spostrzegano zapalenie nerwu wzrokowego. Często dokonywano badań nad stopniem napięcia gałki ocznej. Badania te dawały zmienne wyniki a autor podkreśla niezmierną rzadkość stwierdzenia glaucoma u chorych na zespół *Basedowa*.

Riessman opisał skurczowy ton, słyszalny przy osłuchiwaniu górnej powieki przy zamkniętych oczach, uważając ten ton za naczyniowy; *Duroziez* i *Sattler* uważają go za ton mięśniowy. Autor nie przypisuje powyższemu objawowi żadnego znaczenia.

Na powyższem autor zamyka wyliczanie objawów spotykanych u chorych na zespół *Basedowa*. Co się tyczy częstości występowania wyliczonych objawów, to odpowiednie statystyki nie są dość dokładne. Statystyka własna autora jest następująca: wytrzeszcz oczu spotyka się w 70% przypadków; opisany powyżej blask oczu w 30%; objaw *Rosenbacha* w 60%; objaw *Stellwag'a* w 30%; objaw *Jellineck'a* w 27%; objaw czołowy w 25%; drgawki nystagmiczne w 20%; objaw *Graefe'go* w 20%; niestałość oczna w 8%; strabismus intermittens w 1%; porażenie oczne w 2%; Objawy oczne zależą od odmiany zespołu *Basedowa*: w zespole prawdziwym spotyka się ich wiele i często, mniej wyraźne i rzadziej się je spotyka w toksycznym gruczolaku, jeszcze rzadziej w zespołach basedowicznych, pochodzenia zakaźnego, odruchowego lub jajnikowego, które według autora należy wyodrębnić z zespołu adenoma toxicum *Plummer'a*.

O ile u chorego nie stwierdzamy wyraźnego wytrzeszczu oczu, wówczas istnienie kilku z wyżej wspomnianych objawów ocznych powinno zwrócić uwagę na możliwości zespołu nadczynnosci tarczycy. Gdy wytrzeszcz oczu jest jednostronny, można go odróżnić od zespołu podrażnienia nerwu współczulnego lub też zespołu opisanego przez *Pourfour du Petit* i powstanie jego przypisać zespołowi Basedowa wówczas, gdy temu objawowi nie towarzyszy ani mydryasis ani zwężenie naczyń. W każdym razie w przypadkach wątpliwych należy dokonać badania podstawowej przemiany materji, jako też i innych badań biologicznych.

Patogeneza wyżej opisanych objawów ocznych jest różna, Zaburzenia barwikowe są pochodzenia nadnerczego, Braki zabarwienia pochodzą z nadczynności tarczycy,

Wytrzeszcz oczu przy zespole *Basedowa*, który oprócz wyżej opisanych cech posiada jeszcze właściwość powiększania się przy wyciąganiu szyi, tłumaczyć można teorją mięśniową, która mówi o zmianach w napięciu włókien mięśnia *Müllera* i mięśni rozścięgna *Tenon'a*. Napięcie to zależy od podrażnienia nerwu współczulnego.

Zaburzenia w wydzielaniu łez należy odnieść do czynności nerwu współczulnego i do wpływu wydzieliny tarczycy na gruczoł łzowy.

Zaburzenia ruchowe, jak drgawki oczo-pląsowe, drżenie zamkniętych powiek. niestałość oczu, objaw *Graefe'go*, *Moebius'a*, objaw czołowy zależą od zaburzeń współruchowych. Zaburzenia te są wywołane prawdopodobnie przez wpływ wydzieliny tarczycy na ośrodki i drogi kojarzenne w mesencephalon,

Objaw *Stellwag'a* i *Gifford'a* jest wyrazem hypertonji wskutek wpływu hormonów tarczycy na nerw współczulny.

Porażenie nerwów ruchowych oka w części są niewątpliwie pochodzenia kiłowego, niektórzy autorowie sądzą, że mogą one też powstać jako wyraz zaburzeń w tarczycy i w nadnerczach.

Co się tyczy wpływu leczenia na objawy oczne, a zwłaszcza zabiegów chirurgicznych w przebiegu zespołu *Basedowa*, należy podkreślić, że objawy te mogą ustąpić. Najtrudniej i najrzadziej ustępuje wytrzeszcz oczu, ktory czasowo można zmniejszyć przez zabieg chirurgiczny na nerwie współczulnym szyjnym (operacja *Jaboulay'a*).

Zmiany we krwi wywołane dożylnem wstrzykiwaniem tlenu. (Les modifications sanguines à la suite de l'oxygenothèrapie intraveineuse), Alexandresco-Dersca i V. Valter. *Paris Mèdical. Nr. 41, r. 1929.*

Priestley w r. 1774 wprowadził do kliniki stosowanie tlenu drogą wdechiwania. *Spallanzani* w r. 1780 wstrzykiwal tlen podskórnie zwierzętom, a cały szereg autorów stosowało ten zabieg u ludzi. *Mariani* w r. 1902 po raz pierwszy wprowadził tlen drogą dożylną choremu na gruźlicę, po licznych badaniach w tym kierunku, a przeprowadzonych na zwierzętach, które to badania rozpoczął *Nysten* w r. 1811.

Liczne badania dowiodły, że stosowanie tlenu drogą podskórną i dożylną nie wywołuje żadnej szkody choremu, pod warunkiem, że tlen wprowadza się bardzo wolno, najwyżej w ilości 8 do 9 ccm na minutę. Jako wskazania do dożylnego stosowania tlenu należy wymienić niedostateczne utlenienie krwi, spotykane w odoskrzelowych zapaleniach płuc oraz w nieżytach podczas wielkiej epidemji grypy. Tlen wprowadzony dożylnie nie wywołuje zatorów gazowych, o ile szybkość wstrzykiwania nie jest zbyt znaczna. Autorowie stosowali specjalny przyrząd do wstrzykiwań a mianowicie oxygenator Bayeux, przyczem szybkość wstrzykiwania wynosiła 8 do 9 ccm na minutę, całkowita dawka tlenu 1 do 3 litrów. W drodze podskórnej stosowano około 3 litrów tlenu, wstrzykując je dość często w ciągu 24-ch godzin. Nadto stosowano też tlen do wdechiwań.

Większość przypadków leczonych przez autorów byli to chorzy na serce, z ewentualnemi powikłaniami płucnymi i niedomogą prawego serca. Wszyscy ci chorzy cierpieli na silną duszność, przyczem stan ich był ciężki, lecz nie rozpaczliwy. Ogólna ilość leczonych przypadków wynosi 20. Badania autorów odnosiły się do notowania podmiotowych wrażeń chorych, badania tętna, oddechu, ciśnienia krwi, a nadto do zmian we krwi samej.

Co się tyczy wrażeń podmiotowych, to zbierano je o ile możności bez wypytywań się. Przeważnie chorzy po wstrzyknięciu podnosili ułatwienie w oddychaniu i lepsze samopoczucie. Autorowie podnoszą, że to polepszenie podmiotowego stanu niewątpliwie jest prawdziwe, gdyż sam zabieg polegający na zupełnem unieruchomieniu chorego jest przykry. Chorzy często podczas zabiegu lub po nim zasypiali. Liczba oddechów zmniejsza się o 5 do 10 na minutę. Liczba tętna w niektórych przypadkach zmniejsza się o 10 do 20 uderzeń na minutę, przyczem charakter tętna pozostawał ten sam. Ciśnienie krwi zmniejszało się niekiedy o 2 do 3 podziałki, zwłaszcza ciśnienie skurczowe. Sinica śluzówek i kończyn znikała lub znacznie się zmniejszała, zwłaszcza po dożylnych wstrzyknięciach tlenu.

Badania krwi odnosiły się do oznaczenia liczby ciałek czerwonych, ilości hemoglobiny, ilości leukocytów oraz obrazu morfotycznego, a nadto oznaczano też wskaźnik refraktometryczny. Jak wiadomo u chorych sercowych, cierpiących na znaczną duszność, następuje powiększenie się ilości dwutlenku węgla we krwi, co podrażnia szpik kostny i mobilizuje krwinki, celem zapewnienia ustrojowi zaopatrzenia w tlen. U wszystkich chorych, badanych przez autorów stwierdzano powiększenie się liczby ciałek czerwonych a często bardzo rozwodnienie krwi. Ta zwiększona liczba ciałek czerwonych, pod wpływem wdychiwania tlenu nie tylko się nie zmniejszała, ale często nawet podnosiła. Po stosowaniu tlenu drogą podskórną zaznaczał się niekiedy niewielki spadek liczby ciałek czerwonych (od 50 do 100 tysięcy). Pod wpływem tlenu wprowadzonego drogą dożylną w ilości 1 do 3 litrów autorowie stwierdzali w znacznej większości przypadków zmniejszenie się liczby czerwonych ciałek krwi od 100 tysięcy do miljona. Że chodzi tu istotnie o zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, dowodzi tego fakt zachowania się wskaźnika refraktometrycznego, który prawie zupełnie nie zmieniał się. To zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych pojawiło się po wprowadzeniu 300 do 500 ccm tlenu do krwi. Najniższy spadek występował pod koniec wstrzykiwania lub w godzinę później, poczem liczba krwinek podniosła się i osiągała w 6 do 12-tu godzin później swój stan poprzedni.

Brak reakcji krwi na dożylne wstrzykiwania tlenu autorowie stwierdzili tylko u chorych, niezdolnych do poprawy stanu. Ilość hemoglobiny zmniejszała się nieraz wyraźniej, aniżeli liczba ciałek czerwonych. Wahania liczby ciałek białych były niestałe, obraz leukocytarny wykazywał czasami pewne zmniejszenie się leukocytozy obojętnochłonnej.

We wnioskach ogólnych autorowie podkreślają skuteczność stosowania tlenu drogą dożylną, co jest niewątpliwie bardziej skuteczne, aniżeli podskórne wprowadzenie tlenu. Wdechiwania tlenu przeważnie pozostawały bez skutku. Czas trwania polepszenia wynosił 6 do 12 godzin. Stosowanie tlenu jest wskazane we wszystkich przypadkach niedostatecznego utlenienia krwi i wzmożenia się ilości bezwodnika węglowego.

Zespół demineralizacji i jego leczenie. (Les syndromes de déminéralisation et leur thèrapéutique). E. Déhaussy. *Paris Médical. Nr. 41 r. 1929.*

Kiedy *Ferrier* a następnie cały szereg ftyzjologów polecali podawanie wapnia osobnikom, u których kości wykazywały brak tego pierwiastka, to spostrzeżenia ich były słuszne, lecz sposób stosowania tego leku nie odpowiedział oczekiwaniom. Brak skutku przy podawaniu rozmaitych mieszanin mających na celu remineralizację ustroju podważył zaufanie lekarzy tak, że podawanie tych środków jest raczej kwestją mody.

Początkowo podawano nierozpuszczalne sole wapnia, a więc przedewszystkiem fosforan wapniowy, następnie podawano też i inne preparaty wapniowe nierozpuszczalne, okazało się jednak, że bilans wapniowy u człowieka pod wpływem tych środków stawał się jeszcze bardziej ujemny tak, że ustrój tracił po podaniu wapnia więcej tego pierwiastku, aniżeli przed podawaniem. Między innymi podobnie działał także glycerofosforan wapnia. Wobec czego zaczęto podawanie rozpuszczalnych soli wapnia, a przedewszystkiem chlorku wapnia. Lecz i tu okazało się, że chlorek wapnia jest raczej szkodliwy dla ustroju, gdyż wywóz wapnia po podaniu $CaCl_2$ wzmagał się. Staje się to zrozumiałe, gdyż jon chlorowy wzmaga kwasotę, a zakwaszenie ustroju wzmaga wywóz wapnia. Podawanie mleczanu wapnia (calcium lacticum) posiada to samo działanie.

Robin pierwszy zrozumiał, że odwapnienie ustroju jest częścią ogólnego odczynu, jakim jest demineralizacja ustroju, i zaproponował podawanie nie samego wapnia, lecz preparatów złożonych, mają-

cych na celu remineralizację wielowartościową. Następnie *Bertrand* podał biochemiczną właściwość bardzo małych dawek rozmaitych ciał chemicznych, które grają rolę katalizatorów, co dla życia, a w szczególności dla przemiany mineralnej, posiada duże znaczenie.

Ostatnie badania wykazują, że bogactwo mineralne ustroju jest tak znaczne, iż stworzenie preparatu, któryby mógł grać większą rolę przy remineralizacji jest prawie niepodobnem. Z drugiej strony odkryto i zrozumiano znaczenie wydzielania gruczołów dokrewnych, aczkolwiek wiadomości nasze o składzie samych wydzielin gruczołów dokrewnych są jeszcze pod wielu względami niedostateczne. Wiemy też, że kość przedstawia jakgdyby wielką rezerwę mineralną ustroju, z której w razie potrzeby ustrój czerpie odpowiednie substancje, a zwłaszcza kwas fosforowy i wapń. Jakkolwiek w chwili obecnej nie możemy uważać kości za gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu, to jednak wiele wskazuje na to, że szpik kostny posiada właściwości zupełnie szczególne i analogiczne do pewnych witamin. W dalszych badaniach zalecano też podawanie fityny, jako połączenia organicznego fosforu, a wszak wiemy, że organiczny fosfor pokarmów jest źródłem, z którego ustrój czerpie ten pierwiastek. Obok fosforu niezbędny jest także i krzem (którego dużo znajduje się w płucach), fluor, (który gra rolę w zatrzymywaniu soli), żelazo, nukleinian manganu (który posiada właściwości pobudzające, krwiotwórcze) i inne.

Dziś wiemy, że przy remineralizacji ustroju mniejszą rolę gra podawanie odpowiednich ciał i pierwiastków, które w dostatecznej ilości znajdują się w pokarmach, a natomiast cała sprawa zależy od zdolności ustroju przyswajania sobie i utrzymywania omawianych ciał.

W mineralnej przemianie ustroju grają rolę gruczoły dokrewne, jak tarczyca, która może wywoływać zaburzenia we wzroście, gruczoły przytarczyczne, które regulują przemianę wapniową, grasica, której wycięcie powoduje zaburzenia kostne oraz gruczoły nadnercza, które obok gruczołów przytarczycznych grają może największą rolę w leczeniu demineralizacji.

Wielu autorów stwierdziło, że podawanie wyciągów nadnerczy i adrenaliny wytwarza dodatni bilans wapniowy w przebiegu krzywicy i gruźlicy. Dalsze badania jak np. *Mouriquand'a* a następnie i *Manussakis'a* wyników tych nie potwierdziły, tak że bilans wapniowy zarówno u zwierząt, jak i u ludzi, którym podawano adrenalinę z fosforanami, był stale negatywny. Według autora zatem podawanie adrenaliny zdaje się nie doprowadzać do celu, a nadto w wielu przypadkach, np. u gruźliczych, adrenalina może wywoływać uczynnienie procesu chorobowego, a nawet krwioplucia.

Zdaje się zatem, że w wyciągach z gruczołów przytarczycznych znajdujemy jedyny preparat, który przy odpowiedniem stosowaniu nie wywołuje ujemnych skutków i który niewątpliwie wzmaga remineralizację ustroju. Ogólnie znane są badania wykazujące, że zwierzę pozbawione gruczołów przytarczycznych traci znaczne ilości wapnia, na co wskazuje i przeprowadzenie odpowiedniego bilansu i badanie kości. Badania na ludziach np. *French'a*, który obserwował dwuch chorych ze złamaniami kości, wykazują, że podawanie wyciągu z gruczołów przytarczycznych (doustnie) wywołało znacznie szybsze kostnienie, niż u chorego, który wyciągów tych nie dostawał. Również badania *Manussakis'a* nad bilansem wapniowym u ludzi po podaniu wyciągu gruczołów przytarczycznych, wykazały wybitne zatrzymanie w ustroju wapnia.

Podkreślić należy, że dawki wyciągów gruczołów przytarczycznych, stosowane dla remineralizacji ustroju, są znacznie mniejsze od dawek toksycznych.

Badania *Marfan'a* i innych wykazały, że szpik kostny gra również rolę w kostnieniu; podobnie działa też wyciąg śledziony.

Co się tyczy mechanizmów patogenetycznych demineralizacji ustroju, to oprócz niedomogi gruczołów dokrewnych, a zwłaszcza gruczołów przytarczycznych, grają tu rolę i inne czynniki, a przedewszystkiem choroby zakaźne. Oprócz gruźlicy, w której demineralizacja ustroju ogólnie jest znana, podobne stany spotykamy też i w ostrych chorobach zakaźnych. Także i zakwaszenie gra dużą rolę np. w cukrzycy, w niektórych postaciach zapaleń nerek, podobne stany widujemy przy awitaminozach np. krzywica i zmięknienie kości. Zaburzenia nerwowe, w których już dawni autorowie podkreślali częste stnienie fosfaturji, mogą być przyczyną demineralizacji. Wreszcie znaczne straty ustroju pod tym względem widujemy w ciąży, oraz w okresie laktacji. Podobnie i nieodpowiednie odżywianie się, zwłaszcza w miastach, u osobników szybko rosnących powoduje braki w mineralizacji ustroju.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Leczenie operacyjne ropnych zapaleń opłucnej w przebiegu gruźlicy płuc. (Traitement chirurgical des pleuresies purulentes chez les tuberculeux avec lésions pulmonaires) — temat programowy XXXVIII Zjazdu Chirurgów Francuskich **Bérard**. *Pamiętnik Zjazdu 1929.*

Utrzymujący się przez czas długi pogląd na leczenie ropnych zapaleń opłucnej na tle gruźlicy, ograniczający ingerencję chirurga jedynie tylko do wypuszczania ropy zapomocą nakłuć i to niezbyt częstego, uległ w ostatnich latach dosyć radykalnej zmianie. Obecnie niema już tutaj prawie zupełnie zwolenników leczenia bezwzględnie zachowawczego, a różnice poglądów dotyczą jedynie wskazań do tego, lub innego zabiegu operacyjnego, wykonania tegoż we wcześniejszym lub późniejszym okresie choroby.

Ropniaki opłucnej w przebiegu gruźlicy płuc bywają najczęściej następstwem odmy sztucznej, znacznie rzadziej bywa ich przyczyną przerwanie się do opłucnej powierzchownego ogniska swoistego w płucu lub pierwotne zakażenie opłucnej prątkiem Kocha, z następowem jej wtórnem zakażeniem drobnoustrojami ropotwórczemi. Ze względu na charakter wysięku rozróżniamy tu 1) wysięk ropny lub surowiczo-ropny czysto gruźliczy, dający przy próbie zaszczepienia śwince morskiej wynik dodatni, ale bez śladów obecności drobnoustrojów ropotwórczych; wysięk taki ma charakter wybitnie dobrotliwy, a stan ogólny tego rodzaju chorych w przebiegu cierpienia nie ulega zakłócenia prawie wcale, 2) wysięk ropny, wykazujący obecność drobnoustrojów ropotwórczych, ale w znikomej ilości i wykazujących niezbyt dużą żywotność — stąd objawy

ogólne bywają tylko miernie nasilone, gorączka — ciągła lub przerywana (intermittens), 3) wysięk ropny o wybitnych własnościach zakaźnych, zawierający dużą ilość drobnoustrojów — gronkowców, łańcuszkowców, beztlenowców, cuchnący często, stan ogólny ciężki i szybko pogarszający się. Wysięki te mają dużą tendencję przebicia się nazewnątrz poprzez ścianę klatki piersiowej — zwykle w miejscu wykonanego uprzednio nakłucia, lub do oskrzela, w tym ostatnim przypadku, jeśli otwór komunikacyjny jest duży i stale ziejący, stan chorego ulega pogorszeniu tak szybko, że już w ciągu paru tygodni może doprowadzić do śmierci.

P r z e c i w s k a z a n i a m i do operacji ropniaka opłucnej w przebiegu gruźlicy płuc są: zajęcie obu opłucnych, obecność innych poważnych ognisk gruźliczych jak w krtani, kiszkach, nerkach, wreszcie— niedomoga czynnościowa serca, wątroby lub nerek,

I. W przypadku wysięku c z y s t o g r u ź l i c z e g o, poza tem jałowego, wskazań do operacji niema wcale; jedynie tylko tam, gdzie mamy objawy większego ucisku na śródpiersie, można opróżniać jamę ropniaka zapomocą nakłuć, i to wykonywanych jak najrzadziej. W przypadkach bardzo zadawnionych wskazaniem będzie wykonanie torakoplastyki, po uprzednich nakłuciach opróżniających, ale bez nacinania opłucnej ściennej (pleurotomji).

II. Jeśli chodzi o wysięki gruźlicze drugiej kategorji, u m i a r k o w a n i e z a k a ż o n e drobnoustrojami ropotwórczemi, to tu metodą z wyboru jest wykonanie torakoplastyki dwu—lub trójczasowe, przyczem przygotowaniem do operacji będzie parokrotne wypuszczenie wysięku zapomocą nakłuć lub, w razie koniecznej potrzeby, nacięcie opłucnej uszczelnione. Leczenie tego rodzaju chorych wyłącznie nakłuciami jest bezcelowe, a do tego szkodliwe — ze względu na utrwalanie się zmian na opłucnej (ropniaki zadawnione b. trudno poddają się w następstwie leczeniu), możność ciągłego następowego zakażania i wytwarzania przetok w ścianie klatki piersiowej, i wreszcie ewentualność późnego przebicia się ropniaka do oskrzela, ze smutnemi tegoż następstwami. Leczenie zaś wyłącznie nacięciem opłucnej jest również błędem, ponieważ nie przynosi ono żadnej korzyści choremu, a otwiera szeroko wrota zakażeniu.

III. O ile w poprzedniej kategorji ropniaków opłucnej leczenie operacyjne jest często stosowane, gdyż daje naogół najlepsze wyniki, w ropniakach z wysiękiem s i l n i e z a k a ż o n y m, cuchnącym jedynie tylko operacja względnie szybko wykonana może uratować chorego od zejścia niepomyślnego

Najpierw chory taki zostaje poddany operacji nacięcia opłucnej i jej następowego sączkowania uszczelnionego, sposobem syfonowym (drobny otworek, wykonany w opłucnej ściennej w linji pachowej środkowej, który z ledwością przepuszcza cienki sączek gumowy, drugi koniec sączka jest zanurzony w naczyniu, wypełnionem płynem przeciwgnilnym). Zwykle potem gorączka ustępuje zupełnie i stan ogólny zaczyna się szybko poprawiać. Wtedy następuje drugi zabieg—torakoplastyka, wykonana wieloczasowo. Tylko w bardzo nielicznych przypadkach — przy niewielkich rozmiarach jamy ropniaka—nacięcie opłucnej wystarcza do wygojenia się sprawy chorobowej; w większości zaś — torakoplastyka staje się nieodzownem jego uzupełnieniem. Wystarcza najczęściej wycięcie żeber przykręgosłupowe, rzadziej uciec się trzeba następowo do wycięcia ich części przymostkowych lub przedniobocznych.

Wszystko wyżej powiedziane dotyczy i ropniaków, powikłanych obecnością przetoki, zwłaszcza przetoki oskrzelowej, z tą jednakże różnicą, że w przypadku istnienia szerokiej komunikacji jamy ropniaka ze światłem oskrzela, operować należy do pewnego stopnia „na gorąco“, nie zwlekając nawet jednego dnia z zabiegiem. W przypadkach zadawnionych wycięcie żeber pozaopłucnowe może się okazać niewystarczające dla spadnięcia się jamy ropniaka; wówczas trzeba się uciec do wycięcia i samej opłucnej ściennej, zwykle w tych razach ogromnie zgrubiałej, z pozostawieniem tylko płata skórnomięśniowego (wdg. Schedego).

Jeden szczegół chcę tutaj podkreślić jeszcze raz z naciskiem: w leczeniu ropniaków gruźliczych opłucnej, wtórnie zakażonych, po nacięciu opłucnej automatycznie musi nastąpić wykonanie torakoplastyki, gdyż tylko obydwa te zabiegi razem są w stanie doprowadzić leczenie do pomyślnego wyniku

Urazy czaszki i mózgu. (Les traumatismes cranio-encephaliques il y a trente ans et aujourdhui). V u l i e t. *La Presse Méd: Nr. 81, październik 1929.*

Obrażenia czaszkowo-mózgowe obecnie, w dobie szeroko rozwiniętego automobilizmu, stały się prawie 4 razy częstsze niż w latach ubiegłych, W związku z tem koniecznem się staje dokładniejsze określenie stanowiska, jakie powinien zająć wobec tych obrażeń każdy lekarz, a zwłaszcza chirurg

Pierwsza uwaga, jaka się tu nasuwa w sposób zupełnie zdecydowany, to, że bezwzględnie zbyt często i zbyt pośpiesznie wykonywa się u tego rodzaju chorych operację trepanacji czaszki. Dowodzą tego chociażby wyniki badania pośmiertnego osób zmarłych w następstwie urazu czaszki. Autor spostrzegał w ciągu dwu ostatnich lat 94 przypadki obrażenia czaszki i mózgu, z których zmarło: 17 — bez operacji i 10 — pomimo wykonania operacji. Przyczyną śmierci tych pierwszych były: ciężkie obrażenia klatki piersiowej i brzucha, rozległe i liczne ogniska stłuczenia mózgu i wreszcie, zakażenie opon; tylko w jednym przypadku, stwierdzono obecność dużego krwiaka podokostnowego wskutek zranienia tętnicy oponowej średniej — chory ten zmarł, zanim zdążono przystąpić do operacji. Wśród operowanych—przyczem operacja polegała tu na tualecie rany, albo też na trepanacji w ścisłem tego słowa znaczeniu, to jest dłutowaniu kości przynajmniej pozornie nieuszkodzonej — we wszystkich przypadkach stwierdzono na sekcji rozległe i liczne stłuczenia mózgu,

Poza złamaniami sklepienia czaszki, zamkniętemi lub otwartemi, ale z wgnieceniem odłamów do jej wnętrza, w których usunięcie odłamów (tualeta) jest ze względów zapobiegawczych wskazane zawsze, poza nimi jedynym wskazaniem do operacji; są objawy u c i s k u m ó z g u — zależne bądź od obecności krwiaka, bądź też od ograniczonego obrzęku tkanki mózgowej.

Objawy kliniczne ucisku mózgu występują zwykle dopiero po ustąpieniu objawów wstrząsu mózgu, stopniowo nasilając się. Są to: zwolnienie tętna (bradycardia), mdłości, bóle głowy, zamroczenie, nierówność źrenic, objawy ogniskowe.

Ponieważ ucisk mózgu rzadko wysuwa się na pierwszy plan w obrazie klinicznym jako czynnik decydujący o losach chorego, dlatego też i trepanacja czaszki u tego rodzaju chorych rzadko jest wskazana. Autor wykonał je na 94 chorych—tylko u ośmiu, z których trzech wyzdrowiało, reszta zmarła. W pewnej liczbie przypadków, w których nie było wyraźnych wskazań do trepanacji, ale gdzie były zaznaczone objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jak gwałtowne bóle głowy, zamroczenie — bardzo dobre wyniki osiągnięto zapomocą nakłuć lędźwiowych z wypuszczaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Duże niebezpieczeństwo grozi chorym, którzy ulegli obrażeniu czaszki, ze strony zakażenia opon mózgowych i mózgu. Wśród chorych, spostrzeganych przez autora, w 25% przyczyną śmierci było zakażenie. Dlatego też rokowanie u takich chorych jest zawsze niepewne. Autor zmniejszył wybitnie u swych chorych częstość występowania tego powikłania, stosując u nich zapobiegawczo surowicę przeciwpaciorkowcową i przeciwpneumokokową.

Uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. (A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite aiguë). Chalier. *La Presse Méd. Nr. 81, październik 1929.*

I. Rozpoznanie. W 90% przypadków rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka jest łatwe i pewne i jeśli chirurg po dokładnem zbadaniu chorego ma w tym kierunku pewne wątpliwości, to prawie napewno ma do czynienia z czem innem, a nie z zapaleniem wyrostka. Do rzadszych form tego schorzenia należą: postać ambulatoryjna (bez gorączki i przyśpieszenia tętna) z daleko posuniętemi zmianami w wyrostku, postać przebiegająca z biegunkami, umiejscowienie bólów w okolicy lędźwiowej (przy położeniu wyrostka poza kątnicą), w małej miednicy. Do rzadszych pomyłek rozpoznawczych należy rozpoznawanie ostrego zapalenia wyrostka w przypadkach zapalenia krwotocznego trzustki, zapalenia zakrzepowego żył krezkowych, zapalenia uchyłka *Meckela*, zapalenia otrzewnej pochodzenia żółciowego.

II. Wskazania operacyjne. Autor jest zdania, że należy operować w każdym okresie zapalenia wyrostka robaczkowego, jak tylko chory zgłosi się do lekarza; wszelkie zaś zwlekanie z operacją, jeśli chory zgłosił się już po upływie 48 godzin, albo jeśli objawy chorobowe zaczynają przycichać, albo wreszcie, jeśli powstał już naciek na talerzu biodrowym — przynosi z sobą więcej szkodliwego ryzyka, niż korzyści. Operując w okresie ropnia przywyrostkowego, stara się autor możliwie zawsze usuwać i sam wyrostek; jedynie tylko w przypadkach ropni, uwypuklających się do światła pochwy lub odbytnicy, nacina ich ścianę od tamtej strony, pozostawiając naturalnie w tych razach wyrostek na miejscu.

III. Technika operacyjna. Operując „na gorąco", należy zawsze pamiętać o dokładnem osłonięciu wolnej jamy otrzewnowej od strony pola operacyjnego i o zatamowaniu najdrobniejszego krwawienia. Wyrostek należy zawsze podwiązać, kikuta nie wgłabia się w ścianę kątnicy, jeśli jest zbyt zmieniony lub powalany ropą. W przypadkach kiedy w czasie operacji znajdzie się w otrzewnej płyn surowiczy, a sam wyrostek jest nawet znacznie zmieniony (początek zgorzeli), autor uważa sączkowanie za zbędne, o ile tylko wyrostek nie uległ jeszcze przedziurawieniu. W przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej autor usuwa wyrostek, nie obszywając nigdy kikuta, i — poza pasami gazy — wprowadza w każdym przypadku do jamy *Douglasa* sączek gumowy. Ścianę brzucha zaszywa metalowym szwem jednopiętrowym. Podskórnie wstrzykuje następowo surowicę przeciwzgorzelinową.

Wyniki leczenia operacyjnego gruźlicy jelit (Le traitement chirurgical de la tuberculose intestinale chez le tuberculeux pulmonaire chronique — ses résultats). Bonafé. *La Presse Méd. Nr. 75, wrzesień 1929.*

Gruźlica jelit jest jednym z najgroźniejszych powikłań gruźlicy płuc i daje naogół rokowanie złe. Leczenie środkami wewnętrznemi daje wyniki pomyślne jedynie tylko w jej postaciach najłagodniejszych, w innych — pozostając bez skutku.

Jeśli chodzi o okres początkowy gruźlicy jelit, to rozróżniamy tu następujące postacie kliniczne: a) postać ukrytą — jedynym objawem jest narastające wychudzenie, b) postać żołądkowa, c) postać krwotoczna, d) postać rzekomo-wyrostkowa, o zespole objawów typowych dla zapalenia wyrostka robaczkowego, e) postać z biegunkami — najczęstsza ze wszystkich.

Dokładniejsze dane co do rozległości zmian anatomicznych w jelitach i wskazania do tego czy innego zabiegu chirurgicznego uzyskać można dopiero po otwarciu brzucha, które jest wskazane, zdaniem autora, w każdym bardziej zaawansowanym przypadku gruźlicy jelit.

Autor leczył operacyjnie 17 tego rodzaju chorych dorosłych. Z nich u 8 ograniczył się do otwarcia brzucha, naświetlenia pola operacyjnego lampą kwarcową i zaszycia doszczętnego powłok, gdyż rozległość zmian w kiszkach lub też odwrotnie — ich ograniczenie do śluzówki i gruczołów krezkowych, bez zajęcia otrzewnej, nie upoważniały tutaj do bardziej radykalnego postępowania. Z tych ośmiu chorych dwu, zmarło u dwu nastąpiła wyraźna poprawa, a pozostałych czterech zostało wyleczonych.

W następnej grupie, obejmującej 3 przypadki, zabieg polegał na zespoleniu kiszkowem, bez wyłączania. Otrzymano tu jedno wyleczenie i jedną poprawę.

Wreszcie u pozostałych sześciu chorych autor wykonał mniej lub więcej rozległe wycięcie kiszki (dolny odcinek krętnicy, kątnica, wstępnica, poprzecznica); w 4 przypadkach otrzymał wynik dobry.

Jednem słowem, na ogólną liczbę 17 chorych, leczonych operacyjnie, dziewięciu zostało wyleczonych (klinicznie), a u trzech wystąpiła wyraźna poprawa. Liczby te upoważniają do zalecania leczenia operacyjnego, jako metody z wyboru we wszelkich przypadkach gruźlicy jelit.

Krwawienie do pęcherza moczowego i cewki w przebiegu tak zwanego przerostu sterczu (Hémorrhagies de la prostate et hémorrhagies chez les prostatiques). Vintici i Laroche. *Journ. d'Urologie XXVIII — Nr. 2, sierpień 1929.*

Krwawienia z gruczołu krokowego są naogół rzadkie, dlatego też w przypadku krwawienia w przebiegu „przerostu sterczu" należy wyłączyć przedewszystkiem inne możliwe źródła tego krwawienia to jest: rak pęcherza, polip, kamień, zapalenie krwotoczne pęcherza, zmiany chorobowe w nerkach (nowotwór) i t. p. Krwawienia z gruczołu krokowego najczęściej mają miejsce w przebiegu jego przerostu rzadziej — w raku sterczu, gruźlicy, kile.

Pominąwszy krwawienia, powstałe w następstwie wprowadzania zgłębnika do pęcherza (bardzo łatwo krwawiące tutaj oddarcie śluzówki, fausse route), to groźne nieraz nawet dla życia krwawienia w „przeroście sterczu" mogą występować zupełnie samoistnie, i to w każdym okresie choroby. Krew sączy się poprzez śluzówkę, okrywającą gruczoł krokowy, do cewki lub, co jest częstsze, do pęcherza moczowego. Charakterystyczną dla tego rodzaju krwawień jest obecność krwi w początkowej i końcowej porcji moczu. Ich przyczyną najprawdopodobniej jest zakażenie moczu ze znacznem przekrwieniem śluzówki i dlatego też zatrzymanie moczu uważane jest słusznie za czynnik uspasabiający do krwawień.

W przypadku krwawienia w toku wskazane jest wprowadzenie do pęcherza cewnika na stałe, z następowem aspirowaniem skrzepów przez cewnik. Skrzepy, pozostawione w pęcherzu, mogą wtórnie podtrzymywać krwawienie i ulec groźnemu w następstwach zakażeniu.

W niektórych przypadkach krwawienia z gruczołu krokowego są tak obfite, że zmuszają do otwarcia pęcherza i sączkowania, lub — o ile stan chorego na to pozwala — do wyjącia sterczu „na gorąco".

Przyczynek do powstawania i leczenia przetok dwunastniczych przednich (Contribution à l'étude des fistules duodénales antèrieures et de leur traitement). Patel i Carcassonne. *Paris Médical Nr. 37 wrzesień 1929.*

Przetoka dwunastnicza jest powikłaniem naogół rzadkiem, tem nie mniej bardzo groźnem dla chorego, gdyż, powodując szybko narastające jego wyniszczenie i odwodnienie, sprowadza w 50% zejście śmiertelne, czasami już w ciągu kilku dni.

Przetoki przedniej ściany dwunastnicy pokrytej otrzewną są zwykle następstwem operacyj w zakresie żołądka i przewodów żółciowych, zwłaszcza wycięcia żołądka lub zespolenia pęcherza żółciowego z dwunastnicą.

Przetoki ściany tylnej dwunastnicy, pozaotrzewne, występują po operacjach wycięcia nerki lub po ranach postrzałowych i kłutych brzucha i mają przebieg kliniczny o wiele łagodniejszy od poprzednich. Wogóle rokowanie w przypadkach przetok dwunastniczych zależy prawie wyłącznie od ilości wydalonego nazewnątrz soku dwunastniczego, która z kolei — jest w prostym stosunku do wielkości otworu w ścianie dwunastnicy.

Przetoka taka ujawnia się zwykle w 4—5 dni po operacji, w niektórych przypadkach — dopiero po miesiącu.

Leczenie wewnętrzne wskazane jest jedynie w przypadkach lekkich i polega na stosowaniu odpowiedniej djety, podawaniu atropiny, insuliny i t. p.; wyniki daje naogół niepewne.

W przypadkach cięższych należy się uciec odrazu do leczenia operacyjnego, które będzie polegało albo na zespoleniu żołądkowo-jelitowem z podwiązaniem odźwiernika, albo — co daje lepsze wyniki — założeniu przetoki jelita czczego (jejunostomia). Bądź co bądź leczenie operacyjne daje naogół dużą śmiertelność, bo 50%.

Autor w jednym przypadku przetoki przedniej ściany dwunastnicy uzyskał wyleczenie, podając choremu doustnie chlorek wapnia w ilości 12 g. dziennie i wstrzykując domięśniowo codziennie 15 jednostek insuliny. Chory ten był w zbyt ciężkim stanie, by mógł być poddany jakiemukolwiek zabiegowi operacyjnemu.

Uwagi w sprawie mechanizmu wydzielania nerkowego. (Mécanisme de la sécrétion rénale—apercu sur la thèorie de la résorption tubulaire). Ambard. *Paris Médical Nr. 42, październik 1929.*

Istnieją, jak wiadomo, dwie teorje, tłumaczące wydzialanie moczu przez nerki; według jednej z nich—miejscem, gdzie zostaje wydzielana większość substancji zawartych w moczu, są kanaliki nerkowe; według drugiej resorbcyjnej — miejscem tem są kłębuszki, wydzielające płyn o składzie zupełnie zbliżonym do osocza krwi (tylko bez białka), ale następnie z płynu tego w kanalikach pewne składniki zostają wchłonięte z powrotem do krwi.

Zgodnie z tą drugą teorją kłębuszki aby wydzielić dobową ilość mocznika (25 g), muszą wydzielić przytem 71 litrów płynu, którą to liczbę otrzymuje się, dzieląc ilość dobową mocznika przez jego stężenie we krwi — 25 : 0,035 = 71. Z tych 71 litrów — 69,5 litra zostaje wchłonięte z powrotem w kanalikach, co brzmi nieco paradoksalnie, tem nie mniej coraz więcej danych, uzyskanych z doświadczeń ostatnich lat, przemawia za słusznością tej właśnie hypotezy. *Richards* z Filadelfji zdołał otrzymać zapomocą nakłucia torebki *Bowmana* płyn kłębuszkowy i przeprowadzić częściową jego analizę; okazało się, że płyn ten zawiera tę samą ilość NaCl i ma to samo przewodnictwo elektryczne, co osocze krwi; przemawia to ogromnie za identycznością składu chemicznego płynu kłębuszkowego i osocza.

Teorja resorbcyjna tłumaczy również szereg faktów, dotychczas niezbyt jasnych, jak podział ciał, wydzielanych z moczem, na mające swój próg stężenia we krwi, powyżej którego dopiero ciało to zaczyna przechodzić do moczu, i nie. Te pierwsze (cukier, NaCl) zostają wydzielone w kłębuszkach i następnie wchłonięte z powrotem w kanalikach, o ile tylko ich stężenie we krwi nie przekroczyło progu wydzielniczego; w przeciwnym razie wchłanianie powrotne jest niezupełne i to tem bardziej

zahamowane, im bardziej nadmierne jest ich stężenie we krwi. Zaś ciała, nie posiadające swego progu (mocznik) nie podlegają wcale powrotnemu wchłanianiu w kanalikach, stąd ta równoległość między ich stężeniem we krwi i ilością dobową, wydzieloną przez nerki.

Cukromocz po podaniu floryzyny tłumaczy się jej działaniem swoistem na kanaliki nerkowe, w następstwie czego zostaje zahamowane powrotne wchłanianie w nich cukru. Podanie rtęci w odpowiedniej dawce, jak wiadomo, powoduje u człowieka zwiększenie ilości moczu do 10 — 20 litrów na dobę, zwiększenie ilości wydzielonego chlorku sodu i jednocześnie, zmniejszenie ilości dobowej mocznika. Teorja resorbcyjna tłumaczy to w sposób następujący. W następstwie uszkodzenia kłębuszków zmniejsza się ilość wydzielonego przez nie mocznika, NaCl i wody; ale jednoczesne uszkodzenie kanalików powoduje zahamowanie wchłaniania powrotnego wody i NaCl. W rezultacie powstaje poliurja ze wzmożonem wydzielaniem soli i upośledzeniem mocznika.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Cięcie cesarskie klasyczne bezwzględnie pozaotrzewne. (Opération césarienne (césarienne haute) absolument extrapéitonèale). Kouwer B. J. *Ginecologie et Obstetr. T. XIX, Nr, 6 1929.*

Autor, zasadniczo stronnik cięcia cesarskiego klasycznego, proponuje nową odmianę tej operacji, mającą na celu zapewnienie bezwględnego uchronienia otrzewnej od zakażenia idącego z wnętrza macicy w przypadkach niewątpliwie zakażonych, a z drugiej strony zachowującą matce zdolność płodzenia nadal.

W wyborze pomiędzy zasadniczemi typami cięcia cesarskiego: klasycznem, a cięciem w dolnym odcinku, autor staje po stronie klasycznego nie dlatego, żeby to drugie miało być od klasycznego gorsze, ale ze względu na łatwe wykonanie cięcia cesarskiego klasycznego i dobre jego wyniki, skoro w materjale autora wynoszącym 216 przypadków nie było ani jednego pęknięcia dokonanego macicy, ani nawet grożącego, przy następnych ciążach,

W przypadkach niewątpliwego zakażenia dążąc do wydobycia żywego dziecka z jednej strony, do zachowania nadal płodności matce z drugiej, wreszcie do zabezpieczenia otrzewnej przed zakażeniem idącem z macicy, autor wykonał u 9 rodzących operację następującą: cięcie powłok brzusznych w linji środkowej tak długie, że pępek leży na granicy pomiędzy górną trzecią częścią, a dwoma dolnemi, przyczem cięcie to zaczyna się od spojenia łonowego. Następnie obszywa się na przedniej ścianie macicy owal długości na 18 cm szerokości 12 cm, dookoła którego biegnie podwójny szew ciągły, łączący otrzewną ścienną z otrzewną trzewną macicy. Pierwszy szew ciągły chwyta otrzewną ścienną w odległości 2 -- 2,5 cm. od wolnego jej brzegu, drugi odległości 1—1,5 cm. od tego samego punktu. To tempo operacji jest zasadniczym składnikiem modyfikacji autora: odgrodzenia jamy otrzewnowej jest mocne, dokładne i co b. ważne, czem operacja ta różni się od operacji *Sellheima*, wykonana jest przed otworzeniem jamy macicy, źródła infekcji w takim przypadku. Do szwu tego używa autor jedwabiu, obawiając się zbyt szybkiej resorbcji katgutu. Teraz dopiero rozcina się ścianę macicy, wydobywa płód i podpłód, oczyszcza jamę macicy i smaruje się ją naprz. nalewką jodową. Teraz można albo zostawić otwartą ranę w macicy, albo jak czyni *Kouwer* zaszyć ją w sposób typowy. Zeszycie macicy ułatwia opanowanie krwawienia i w razie szczęśliwego przebiegu dalszego ułatwia i przyspiesza całkowite wyzdrowienie. Natomiast powłok brzusznych autor albo zupełnie nie zaszywa, albo zaszywając częściowo, pozostawia w dolnym kącie rany otwór, przez który wyprowadza sączek gazowy, wypełniający przestrzeń pomiędzy macicą, a powłokami.

Oto drugi ważny moment w operacji. Postępowanie powyższe pozwala na skontrolowanie w każdej chwili stanu macicy, na rozprucie w razie potrzeby tak szwu w powłokach, jak w macicy samej i przywrócenie w ten sposób przetoki maciczno-powłokowej.

Oczywista po całkowitem wyzdrowieniu pacjentki i po przejściu kilku miesięcy czasu koniecznego do powrotu stosunków aseptycznych wykonywuje się drugą operację, mającą na celu zniesienie sztucznego zrostu pomiędzy macicą a powłokami brzusznemi i przywrócenie normalnego wyglądu tymże powłokom,

Aby usunąć pewne mimowoli zjawiające się wątpliwości autor nadmienia, że:

1) wszelkie czynności zwykłe po porodzie, jak masaż, wyciskanie skrzepów, szew wykonać jest zupełnie łatwo dzięki miękkości powłok brzusznych;

2) owal obszyty, jak wyżej opisano, zmniejsza się po wydobyciu płodu i podpłodu bardzo znacznie, a brzegi obszytej otrzewnej ściennej zbliżają się do rany w macicy;

3) macica jakkolwiek przymocowana wysoko zwija się i schodzi ku dołowi łatwo, dzięki wiotkości powłok brzusznych.

Operując w opisany wyżej sposób w 9 zakażonych przypadkach autor stracił dwie chore: jedna zmarła w kilka dni po operacji z objawami zropienia macicy i po wytworzeniu się zapalenia otrzewnej; druga nie zniosła injekcji 1 cm^3 adrenaliny, dzięki osobniczej na nią wrażliwości i zmarła w czasie operacji.

W paru przypadkach jednak ta właśnie injekcja adrenaliny wprost do mięśnia macicy powstrzymała krwotok nie ustępujący pod wpływem ergotyny wstrzykniętej uprzednio.

Operacja *Kouwera* w zasadzie porównana być może z operacją *Porteo'a* z którą łączy ją wielkie podobieństwo. Wydaje się jednak *Kouwerowi*, że wystawienie macicy i przydatków wraz z więzadłami na przeciąg kilkunastu dni na działanie brutalne otaczającej je gazy nie może odbyć się bez wpływu na przyszłą płodność kobiety. Operacja proponowana przez autora jest już pod tym względem wypróbowana, skoro sam przytacza kilka przypadków zajścia w ciążę osób uprzednio tak operowanych.

Późne wyniki operacji Schauta-Wertheim Kielland w leczeniu wypadnięcia macicy. (Resultats éloignees de l'operation de Schauta-Wertheim-Kielland dans le traitement des prolapsus genitaux). Cotte. *Gynecologie et Obstetr. T. XIX Nr 5 1929*

W przeciągn 6 lat od r. 1921 do 1927 autor zastosował operacje *Schauta-Wertheim-Kielland* w 42 przypadkach wypadnięcia macicy z dobrym wynikiem we wszystkich przypadkach, sprawdzonym zapomocą dłuższej kilkuletniej obserwacji. Nawrót nie wystąpił ani razu.

Przypadki prolapsus genitalis autor dzieli na 3 stopnie. Pierwszy to opuszczenie przedniej ściany pochwy z wytworzeniem się już cystocoele, z macicą w przodozgięciu lub co częściej odchyloną mniej lub więcej ku tyłowi. W przypadku takich najbardziej odpowiedniem jest zeszycie przednie pochwy (colporrhaphia anterior) z dodaniem w razie potrzeby przymocowania macicy do powłok brzusznych sposobem *Dolério Pellande.*

Stopień trzeci — to całkowite wypadnięcie z wynicowaniem pochwy, z rozciągnięciem wiązadeł krzyżowo-macicznych. I w tych przypadkach operacja *Schauta-Wertheim-Kielland* nie da wyników niezawodnych chyba, że operator doda po pewnym czasie jeszcze umocowanie więzadeł obłych sposobem *Dolerio'a*, wzmacniając w ten sposób zawieszenie już interponowanej macicy.

Natomiast przypadki pośrednie, stanowiące stopień drugi, nadają się najbardziej do interpositio uteri vesico-vaginalis; wypadanie części rodnych jest już dość znacznie posunięte, a jednak więzadła krzyżowo-maciczne są jeszcze dość mocne i nie nazbyt rozciągnięte, tak że mogą stanowić dostateczny punkt zawieszenia dla obróconej dnem do dołu macicy. Ta ostatnia nie powinna być ani za mała, bo nie będzie mogła stworzyć dostatecznej podstawy dla wypadającego pęcherza i niewypełni t. zw. hiatus genitalis; z drugiej strony nie powinna być ona za dużą, bo nie zmieści się do przestrzeni między pęcherzem i pochwą. W tym ostatnim przypadku autor jest przeciwnikiem pomniejszania macicy na drodze klinowych wycięć; lepiej jest zdaniem jego wykonać inną jakąś operację, a nie interpositio uteri vesico-vaginalis.

10 z wymienionych wyżej przypadków operował autor z zastosowaniem odmiany *Kiellanda*. Odmiana ta polega, jak wiadomo, na wyłuszczeniu szyjki wraz z częścią pochwową z otaczających ją tkanek, tak, aby znieść kąt pomiędzy szyją a trzonem macicy i aby szyja patrzyła wprost ku górze w przedłużeniu trzonu. Modyfikacja ta ma na celu zapobieżenie wysuwania się ku dołowi części pochwowej, leżącej wszak po operacji *Schauta-Wertheim* w osi pochwy i przez to mogącej być punktem, na ktory działa ciśnienie tłoczni brzusznej, a więc skłonnym do wypadania.

Ponieważ jednak, jak się okazało z jednej strony operacja *Kiellanda* nie znosi całkowicie kąta między trzonem a szyją, a z drugiej sama operacja *Schauta-Wertheim* daje dostatecznie dobre wyniki przeto *Cotte* uważa modyfikację *Kiellandu* za zbyteczną. Natomiast raz jeszcze podkreśla wielką uwagę dobrego doboru przypadków, mieszczących się w jego grupie drugiej.

Jedynym poważnym zarzutem przeciwko operacji *Schauta-Wertheim* podniesionym jest trudność usunięcia macicy, w razie następnego stwierdzenia w niej nowotworu złośliwego. Jakkolwiek przypadku takiego autor nie widział u swych pacjentek, jednakże zdarzyć się on może.

Zarzut ten jednak w pewnym stopniu postawić by można wszystkim sposobom zawieszenia trzonu macicy, zwłaszcza temu, w którym wszywa się trzon pozaotrzewnowo, bezpośrednio pod pochewkę mięśni prostych.

W sprawie czasowego wyjałowienia kobiety. (A propos de la sterilisation temporaire de la femme.). Turenne. *Gynecologie et Obstetrique T. XIX Nr 6 1929 r*

Dobra metoda wyjałowienia czasowego winna odpowiadać 5 warunkom: 1) powinna być nieszkodliwa tak dla osoby, poddającej się wyjałowieniu, jak dla przyszłych płodów, po powrocie do płodności. 2) musi być łatwa w wykonaniu, 3) nie wywoływać zmian anatomicznych, ani czynnościowych trwałych, 4) wyjałowienie winno mieć ściśle określony okres trwania, 5) metoda dana powinna pozwolić na przywrócenie płodności w każdej chwili

Istnieją dotychczas 3 rodzaje metod wyjaławiających czasowo: 1) energja promienna (Roentgen, rad, mésothorium), 2) metody biologiczne, opierające się na wytwarzaniu w organiźmie samki spermatotoksyn, 3) zabiegi operacyjne.

1. Energja promienna, zastosowana do czasowego wyjałowienia nie odpowiada warunkom 3, 4, 5, gdyż działanie jej niszczy czynną tkankę jajnika, niszcząc jajka, a następowa ciąża, o tyle tylko przyjść może do skutku, o ile wytworzą się i dojrzeją nowe pęcherzyki *Graafa* z nowemi zdolnemi do zapłodnienia jajami. Jest to sprawa zawsze stojąca pod znakiem zapytania, gdyż dawkowanie promieni X jest nie tylko bardzo trudne i delikatne w takich razach, ale wprost indywidualne, w każdym zaś razie przywrócenie płodności nie od nas zależy, lecz od procesów biologicznych w jajniku.

2. Metody biologiczne, bardzo obiecujące, dotychczas dają rzeczywiście wyniki tylko przy badaniach doświadczalnych na zwierzętach, natomiast spostrzeżeń klinicznych nie posiadamy jeszcze zupełnie.

3. Sposobów operacyjnego czasowego wyjałowienia podano bardzo dużo. *Turenne* opisuje raz jeszcze swój sposób podany w literaturze amerykańskiej w r. 1919, którym operował on dotychczas 14 razy, zabieg ten chybił celu zaledwie w 2 przypadkach (co stanowi 14% przyp. ref.). Podany niedawno zabieg *Littauer'a* jest znacznie bardziej skomplikowany i stawia jajowód w warunki fizjologiczne gorsze.

Technika zabiegu *Turenne'a* jest następująca: uśpienie ogólne lub znieczulenie lędźwiowe; położenie *Trendelenburga*; cięcie *Pfannenstiela*; obejrzenie jamy brzusznej i wykonanie koniecznych zabiegów przypadkowych (appendicectomia, distorsio adhaesionum i t. d.); następnie naciąga się wiązadło szerokie dwoma zaciskadłami tak, aby uprzystępnić przednią jego powierzchnię; w odległości 1,5-2.0 cm. poniżej dolnego brzegu trąbki w pobliżu bańki nacina się równolegle do przebiegu jajowodu przednią blaszkę wiązadła szerokiego na przestrzeni 1.5-2,5 cm.; rozdziela się na tępo obydwie blaszki od siebie, przygotowując w ten sposób gniazdko, do którego

wpuszcza się koniec brzuszny jajowodu i przymocowuje się paroma szwami, poczem zamyka się ostatecznie otwór szwem kapciuchowym.

Nadpochwowe wycięcie macicy rozszerzone następnie do całkowitego. (L'hystérectomie abdominale subtotale totalisèe). Cotte G., Ponthus R. *Gynecologie et Obstetr. T. XIX Nr 5 1929 r.*

W zasadzie autor jest stronnikiem całkowitego wycięcia macicy, o ile już zmuszony jest operować radykalnie w przypadkach zapalenia przydatków, Bywają jednak przypadki, tak zapalenia przydatków, jak niekiedy włókniaków macicy, w których całkowite wycięcie macicy jest technicznie bardzo trudne. W takich okolicznościach polecają *Cotte* i *Ponthus* wykonanie najpierw nadpochwowego wycięcia macicy z następnem usunięciem kikuta szyi. Kikut pozostawiony bywa niekiedy powodem uporczywych dolegliwości naprz. upławów, a nawet ma mieć on fatalny wpływ na ewentualne gojenie się pooperacyjnych przetok pochwowo-odbytniczych, które po usunięciu kikuta goją się zazwyczaj samoistnie. Zalety omawianej operacji t. zw. hysterectomie subtotale totalisée dadzą się ująć w trzech słowach: 1) wygoda i większe bezpieczeństwo, 2) łatwiejsze opanowanie krwawienia, 3) dokładniejsza aseptyka operacji,

Punkt pierwszy nie wymaga wyjaśnień: usunięcie trzonu macicy wraz z guzami tegoż trzonu lub przydatków ułatwia tak znacznie dostęp, że teraz już dalsze czynności wykonywać można wygodnie pod kontrolą wzroku. Natomiast punkt drugi na pierwszy rzut oka wzbudza wątpliwości, gdyż przecie przy następnem wycięciu kikuta szyi trzeba znowu chwytac gałązki, już raz wyciętej tętnicy macicznej.

W rzeczywistości jednak rzadko się zdarza, aby zapomocą jednej ligatury udało się całkowicie opanować krwawienie — natomiast przy wycinaniu kikuta można szybko i łatwo zatrzymać sączenie z drobnych naczyń ściany pochwy, chwytając zaciskadłem w miejscu przecięcia pochwy i przy odejściu wiązadeł krzyżowo-macicznych, Podwiązka nałożona w tych miejscach wystarcza niekiedy tak całkowicie, że można nie obszywać dodatkowo brzegu pochwy.

Wreszcie trzeci punkt jest jasny, jeżeli uprzytomnimy sobie, że otwarcie pochwy odbywa się na końcu zabiegu już po podwiązaniu, czy obszyciu bocznych połączeń macicy, niekiedy nawet przy sprzyjających warunkach można podwiązać więzadła krzyżowo-maciczne jeszcze przed otwarciem pochwy, co poprawi jeszcze bardziej warunki aseptyki operacyjnej.

Na ogólną ilość 87 przypadków całkowitego wycięcia macicy autorowie postępowali w omawiany sposób 20 razy, czyli blisko w $^1/_4$ części przypadków.

Ciała obce w narządach moczowo-płciowych kobiety (Les corps étrangers dans les organes uro-génitaux de la femme). Tcherlok R. *Gynecologie et Obstetr. T. XIX Nr. 1929 r.*

Przytoczywszy na wstępie przegląd 108 przypadków ciała obcego w narządach moczowo-płciowych kobiety, zebranych z piśmiennictwa od r. 1910, autor opisuje spostrzegany przez siebie na Klinice Ginekologiczno-Położniczej prof. *Pisemsky'ego* w Kijowie przypadek ciała obcego (bougie kauczukowego) znalezionego w pęcherzu.

Jak udało się stwierdzić na zasadzie wywiadów akuszerka wprowadziła chorej do macicy bougie z kauczuku w celu przerwania ciąży. Ciało to nie wyszło przez szyjkę macicy lecz powoli w przeciągu dwu lat przebodło dziurę poprzez przednią ścianę macicy i przedostało się do pęcherza moczowego, prawdopodobnie dzięki wypychającym skurczom macicy. Tu dopiero zaczęły występować objawy chorobowe ze strony pęcherza, ktore po upływie roku zmusiły chorą do zwrócenia się do kliniki. Badaniem stwierdzono ciało obce w pęcherzu inkrustowane solami moczowemi, a zgłębnik wprowadzony do macicy wykazał otwór drążący przez jej przednią ścianę do pęcherza. Pomimo to jednak nigdy mocz nie wydalał sie przez pochwę, a odwrotnie wydzielina krwista w czasie miesiączki przedostawała się do pęcherza i na zewnątrz przez cewkę. Fakt tên nie został przez autora wyjaśniony. Leczniczo usunięto ciało obce za pomocą zmiażdżenia; przetoka zaś pęcherzowo-maciczna nigdy objawów nie dawała, pozostawiono ją więc bez leczenia. Chora opuściła klinikę, jako zdrowa.

Wyniki badania moczu 70 zdrowych ciężarnych w rozmaitych okresach ciąży. (Rèsultats de l'analyse des urines de 70 femmes enceintes normales aux deffirentes époques de la gestation). Pigeaud H., Brochier B., Fouilouze G. *Gynecologie et Obstetr. T. XIX Nr 5 1929.*

Pobierając mocz zupełnie zdrowych ciężarnych w godzinach między 10 a 11 rano autorowie określili następujące składniki moczu:

barwiki żółciowe — próbą *Obermeyer'a* i *Popper'a*, opierającą się na utleniającem działaniu jodu:

sole kwasów żółciowych—próbą *Hay'a*, przyczem uważano za pewny tylko zupełnie wyraźny wynik próby (obfity deszcz kwiatu siarki),

Urobilinę — probą z ocetanem cynku, którego dodanie wywołuje fluorescencję przy obecności urobiliny, uprzednio wyciągniętej chloroformem;

aceton — próbą *Legalla* zmodyfikowaną przez *Imbert'a i Bonnamour'a*;

cukier—próbą z płynem *Feblinga*, a w razie próby dodatniej reakcją z Phenyl-hydrazyną,

mocznik—zapomocą ureometru *Ambard'a;*

azot związany z mocznikiem określano mnożąc zawartość mocznika w litrze przez współczynnik stały: 0,466:

wreszcie ustalano współczynnik niedostateczności w wytwarzaniu się mocznika (coefficient d'imperfection ureogenique (według metody *Derien-Clogne*.

Współczynnik ten

$$K = \frac{\text{Azot określony formolem}}{\text{Azot określ. podbromkiem sodu}} \times 100$$

Azot określony formolem składa się z azotu amonjakalnego plus azot związany z kwasami aminowemi.

Azot określony podbromkiem sodu (bez uprzedniego oczyszczenia podoctanem ołowiu) składa sie z azotu amonjakalnego plus azot związany z mocznikiem plus azot związany z kwasami aminowemi:

Autorowie zbadali w powyższy sposób mocz 70 zdrowych ciężarnych w rozmaitych okresach ciąży, poczynając od IV miesiąca ks. ciąży, aż do ostatnich jej dni i doszli do następujących wniosków:

1. nie stwierdzono ani razu barwików żółciowych,

2) sole kwasów żółciowych znajdują się u 80% zdrowych ciężarnych;

3) urobilina jedynie w ostatnim miesiącu stwierdza się przeszło u 50% ciężarnych, poza tym okresem występuje ona u 25% badanych kobiet;

4) współczynnik *Derien - Clogne'a* wzrasta regularnie od IV do VIII miesiąca ciąży, poczem zaczyna opadać wracając przy końcu ciąży do poziomu IV miesiąca t. j. 7,9,

5) spotykać się dają niekiedy wysokie wartośc[1] wyżej wspomnianego współczynnika, osiągając liczbę 15, a nawet 20. Najczęściej wysokie cyfry spotyka się w końcu VIII miesiąca ciąży. Niema to jednak, jak się zdaje, znaczenia objawu niepomyślnego pod względem rokowania.

Rozlane ostre zapalenie otrzewnej na tle gonokokowem. (Les péritonites aigués généralisées a gonocoques). Bertrand P. Carcassonne F. *Gynecologie et Obstetr. T. XIX Nr 5 1929.*

Autorzy przytaczają 5 przypadków ostrego gonokokowego rozlanego zapalenia otrzewnej. z których 3 obserwowali osobiście.

Cechą charakterystyczną, niezmiernie ważną dla wytworzenia się omawianego stanu jest obecność drożnej w obydwu końcach trąbki, pozatem zarodek wywołujący (gonokok) musi być obdarzony wyjątkową złośliwością (virulence).

Anatomo - patologicznie przypadki, o których mowa, odznaczają się słabym odczynem zapalnym ze strony otrzewnej. Jest ona tylko przekrwiona; nie wytwarza natomiast w pierwszym przynajmniej okresie zlepów ani zrostów. Autorowie tłomaczą to sobie zbyt szybkim postępem choroby, tak szybkim, że otrzewna nie zdążyła jeszcze zareagować w sposób typowy (w przytoczonych opisach przypadków czas ten wynosił jednak 2 — 3 doby, co dla zapaleń otrzewnej innego pochodzenia jest okresem wystarczającym dla wytworzenia przynajmniej zlepów otrzewnej — przypis. refer). Dokładne obejrzenie narządów jamy brzusznej wykazuje, że zapalenie wychodzi z miednicy małej, w której znowu jajowód przekrwiony, zaczerwieniony, obrzękły wydziela przy ucisku parę kropel gęstej ropy, wykazującej zazwyczaj czystą hodowlę gonokoków przy badaniu.

Klinicznie się stwierdzić dadzą tylko objawy rozlanego zapalenia otrzewnej, nie różniącego się zresztą niczem charakterystycznem od peritonitis innego pochodzenia (pęknięcie wyrostka robaczkowego, jelita, wrzodu żołądka i t. d.). Wobec tego leczniczo narzuca się w pierwszym rzędzie operacyjne otwarcie jamy brzusznej i wtedy to zazwyczaj wyjaśnia się dopiero rozpoznanie. Ponieważ jednak w warunkach nagłej operacji nie zawsze udaje się już podczas niej stwierdzić bakterjoskopowo gonokoki w ropie wydzielającej się z trąbki, polecają autorowie na wszelki wypadek jamę brzuszną wydrenować najlepiej zapomocą worka *Mikulicza*. Niektórzy autorowie polecają tego rodzaju postępowanie, jako najbardziej zachowawcze. Inni przeciwnie radzą usunąć cały narząd rodny, jako źródło infekcji. *Bertrand i Carcassonne* wybierają złoty środek radząc tylko usunięcie schorzałej trąbki, gdyż jakkolwiek w początku choroby są one otwarte, to jednak przypuszczać trzeba, że następowo ulegają zamknięciu i nie są do swej zasadniczej czynności zdolne, a mogą być powodem ciężkich dolegliwości. W jednym zresztą przypadku *Cotte* stwierdził zapomocą salpingografji zamknięcie obydwu jajowodów w podobnym do omawianych przypadków. Wszystkie trzy przypadki autorów skończyły się pomyślnie zupełnem wyzdrowieniem chorych.

Dla porównania, przy omawianiu wyboru postępowania leczniczego, przytaczają autorzy przypadek doc. *J. Chalier*, prowadzony ściśle zachowawczo. Stosowano tam mianowicie zwykłe środki przeciwapalne (lód, czopki, środki nasercowe). Wobec pogarszania się stanu ogólnego zdecydowano się wreszcie na zabieg operacyjny, który wykazał rozlane zapalenie otrzewnej z silnemi zlepami. W 12 godzin po zabiegu chora zmarła.

Przypadek ten jeszcze bardziej utwierdził autorów w ich przekonaniu o konieczności otwarcia jamy brzusznej z chwilą stwierdzenia objawów otrzewnowych.

Pogląd biologiczny we współczesnej ginekologji. (L'orientation biologique dans la gynecologie contemporaine). Givatoff G. K. *Gynecologie et Obstetrique T. XIX Nr 4 1929 r.*

W długim artykule zbiorowym autor powtarza znane powszechnie dane z dziedziny tak wydzielania wewnętrznego jajnika i innych gruczołów, jak również z dziedziny współczulnego i błędnego układów nerwowych. jak wreszcie z dziedziny konstytucji.

Od siebie dodaje, że wobec kapitalnych odkryć w wyżej wymienionych dziedzinach musi zmienić się sposób myślenia ginekologów, przyczem zamiast rozumowania ściśle anatomicznego, tak w rozpoznaniu, jak w lecznictwie zwyciężyć musi biologiczny pogląd na kobietę chorą, jako na całość.

W związku z tem wysuwają się na plan pierwsze metody leczenia zachowawczego, ślepa zaś wiara w nóż musi stanowczo ustąpić nowoczesnemu sposobowi myślenia.

Operacyjne leczenie gruźlicy przydatków macicy. (Du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle; resultats êloignées). Condamin Fr. *Gynecol. et Obstetr. T. XIX Nr 4; 1929.*

Autor omawia materjał swego szefa prof. *Villard'a*, odnoszący się do gruźlicy przydatków (53 przypadki).

Villard rozbija je pod względem anatomo-patologicznym na 3 grupy; przyczem podział ten ma znaczenie decydujące w wyborze postępowania leczniczego:

1) postać surowicza; — gruzełki rozsypane po surowicówce jajowodu, przechodzące i pokrywające zazwyczaj gęsto otrzewnę miednicy małej, a niekiedy nawet całej jamy brzusznej (właściwie postać gruźlicy otrzewnej — tuberculosis peritonei — przyp. ref.); w większości przypadków występuje płyn surowiczy — puchlina wodna (ascites). Postępowanie lecznicze w tych przypadkach winno być możliwie jaknajbardziej zachowawcze — otwarcie jamy brzusznej (w linji środkowej) wypompowywanie płynu i wysuszenie miednicy małej kompresami i wreszcie ostrożne zamknięcie jamy brzusznej, ze specjalną uwagą, aby nie zakazić gruźlicą rany w powłokach brzusznych — oto postępowanie wyboru.

Przypadków tej grupy było w statystyce autora 9 na 53, co stanowi 17%. Wyniki lecznicze były zupełnie dobre.

2) Postać miąższowa (forme parenchymateuse) charakteryzuje się zajęciem samej ściany jajowodu, wytwarzając w niej nacieki zapalne i zmieniając wybitnie postać całego jajowodu. Postać ta dotyczy zwykle tylko narządów rodnych, względnie najbliższego ich otoczenia, jest bardziej umiejscowiona. Jednak i w tych przypadkach istnieje podobnie, jak w grupie pierwszej tendencja do samoistnego wyleczenia, tak że podczas operacji ograniczyć się można albo tylko do samego otwarcia jamy brzusznej, albo do wycięcia tylko najbardziej zniszczonych odcinków narządu rodnego; zachowawczość zabiegu jest tembardziej wskazana ze względu na możliwe łatwe uszkodzenie jelit, groźne w swych skutkach.

Oczywista w obydwu tych pierwszych grupach zabieg operacyjny ma między innemi na celu dokładne obejrzenie narządu rodnego, w celu wyłączenia zmian należących do grupy trzeciej.

3) Ta grupa zaś składa się z przypadków ze zmianami serowatemi (forme caséeuse), które zdaniem autora nie dają nadziejі na samoistne wyleczenie i winny być przeto usunięte operacyjnie. I tu jednak należy stosować możliwie jak najdalej idący konserwatyzm, usuwając tylko istotnie zmienione części, wykazujące obecność serowacenia lub zropienia; tylko w przypadkach wyjątkowo trudnych należy uciec się do całkowitego usunięcia macicy.

W grupie drugiej było przypadków 5 (9,6%), w trzeciej — 39 (73,4%).

Wyniki postępowania według wyszczególnionych wyżej zasad były zadawalniające tak bezpośrednio, jak przy sprawdzaniu po kilku i kilkunastu latach.

Śmiertelność bezpośrednio wyniosła 3,7% (2 przyp.). Wyleczenie nastąpiło w 34 przyp., poprawa w 10, w jednym tylko przypadku stwierdził autor nawrót po operacji zachowawczej. Częstotliwość gruźliczego zapalenia przydatków w ogólnym materjale prof. *Villard* wyniosła 11, 2% (47 na 420 przyp.).

Wytworzenie sztucznej pochwy z pęcherza moczowego. (Formation artificielle du vagin avec la vessie). Markoff N. V. *Gynécologie et Obstetr. T. XIX Nr 3 Mars 1929*

W przypadkach, gdzie pęcherz z powodu jakiegoś przebytego urazu lub schorzenia niezdolny jest do wykonywania swej zasadniczej czynności można go, zdaniem M., użyć do wytworzenia sztucznej pochwy.

Metoda ta kryje w sobie mniej niebezpieczeństwa dla życia pacjentki, niż wytwarzanie sztucznej pochwy z jelita cienkiego (*Baldwin, Mori*) czy z odbytnicy (*Schubert*).

Dotychczas wykonano wytworzenie pochwy z pęcherza w 4 przypadkach: dwukrotnie operował w ten sposób dr *Schmidt* z Pragi i dwukrotnie niezależnie od niego — autor niniejszego artykułu.

Przypadki *Schmidta* dotyczyły chorych ze znacznem zniszczeniem pochwy i pęcherza z powodu daleko posuniętego raka macicy.

Natomiast przypadki *Markoff'a* obydwa dotyczyły osób, które po ciężkim źle prowadzonym porodzie zgłosiły się do kliniki ze znacznemi uszkodzeniami pęcherza, pochwy, krocza i kiszki stolcowej, z przetokami pęcherzowo - pochwowemi i pochwowo-odbytniczemi. Jeden z przypadków *Schmidta* skończył się zejściem śmiertelnym, obydwie chore *Markoff'a* wyszły do domu w dobrym stanie i obserwowane były przez parę lat.

W pierwszym przypadku M. wykonał (na dwa tempa), najpierw od dołu zaszycia przetoki pochwowo-odbytniczej i wytworzenia pochwy z jej resztek połączonych z pęcherzem; następnie w tempie drugim wszyto moczowody do jelita grubego i po podwiązaniu jajowodów wszyto część pochwową macicy do pęcherza po wykonaniu otworu w jego dnie. W ten sposób nowowytworzona pochwa połączona została z macicą, aby w razie ewent. wydzielin miesiączkowych miały one swobodne ujście. Przypuścić by można nawet ewentualność ciąży, gdyby nie podwiązanie jajowodów. Mimochodem wspomina autor o możliwości jego zdaniem nawet porodu przez tę sztuczną pochwę, skoro znane są 2 przypadki porodu przez pochwę wytworzoną z odbytnicy (*Wagner*), a rozciągalność pęcherza nie mniejsze jest wszak od rozciągalności kiszki prostej.

W przypadku drugim osiągnięto mniej więcej ten sam wynik, co w przypadku pierwszym dopiero po 7 zabiegach operacyjnych. W tym jednak przypadku nie łączono macicy ze sztuczną pochwą, gdyż musiano i z innych powodów usunąć całkowicie przydatki obustronnie.

T. Zawodziński

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Liszajec wrzodziejący i zapalenie wsierdzia. (Impétigo rodens et endocardite). G. Milian. Nativelle i Caroli. (*Bulletin de la Société Francaise de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1929, Nr. 6.*

Chory zgłosił się z licznemi owrzodzeniami kształtu okrągłego lub owalnego. Choroba zaczęła się na czole, gdzie skutkiem urazu został zdarty naskórek. Ciepłota podniesiona, o typie f. intermit-

tens. W czasie leczenia zjawił się na nodze duży pęcherz, który przekształcił się w owrzodzenie, podobne do już istniejących. To spostrzeżenie, jak również obecność paciorkowców w płynie, skłoniło autora do postawienia rozpoznania impetigo rodens,

Chory stopniowo pod wpływem leczenia pozbywał się owrzodzeń, ciepłota spadła prawie do normy. W jakiś czas później chory zmarł wśród objawów duszności, w wyniszczeniu. Sekcja wykazała endocarditis z umiejscowieniem na zastawkach tętnicy głównej, Ze zmian na zastawkach i ze śledziony wyhodowano paciorkowce i mikroorganizmy bardzo podobne do bacterium gangrenae cutis. Obecność tego mikrobu może być, zdaniem autora, przyczyną nietypowego przebiegu liszajca,

Pierwsze próby doświadczalne nad etjologją łuszczycy. Leczenie szczepionkami (Premiers essais d'étude étiologique expérimentale du psoriasis par la thêrapeutique vaccinale). Louis Bory. (*Bulletin de la Soc. Franc. de Dermat et de Syphiligr 1929 Nr. 6*

Wychodząc z założenia, że łuszczyca jest chorobą infekcyjną, autor starał się to udowodnić i badał bezpośrednio tarczki łuszczycowe, skrawki i zeskrobiny. Hodowle nie dały żadnych wyników. Autor opierając się dalej na spostrzeżeniu, że w niektórych przypadkach łuszczycy i wyprysku można uzyskać dobre wyniki, stosując szczepionki różnych bakterji jelitowych, tak jak to pierwszy zauważył *Dànysz*, przypuszczał, że uda się znaleść doświadczalnie taką szczepionkę, która by we wszystkich przypadkach łuszczycy wywierała dobry skutek.

Możnaby wtenczas przypuścić z pewnem prawdopodobieństwem, że odpowiednie mikroorganizmy, jeżeli nie są jedynym czynnikiem, mającym znaczenie w etjologji łuszczycy, to w każdym razie są czynnikiem sprzyjającym w rozwoju nieznanych mikroorganizmów.

Autor stosował narazie tylko 2 sposoby wakcynacji. Pierwsza metoda polegała na podawaniu doustnym szczepionek z mnogich szczepów, pochodzących z jelita. Trzy — w ten sposób przez przeciąg kilku tygodni leczone przypadki ulegały bardzo powolnej poprawie.

Druga metoda polegała na systematycznem podawaniu każdego szczepu zosobna zawartego w szczepionce *Danysza*. Podawanie bact. coli w 2-ch przypadkach było bez wyniku. Podawanie enterokoków w 3-ch przypadkach, z których 2 szczególnie były uporczywe i długotrwałe, dało jakkolwiek powolną, jednak niedającą się zaprzeczyć poprawę. Przypadki te pozostają w leczeniu z przerwami od 5-ciu miesięcy, Autor podawał 3 ampułki dziennie (Entérococcène de Carrion) 1/2 godziny przed posiłkiem w ciągu 3-ch tygodni. Po dwutygodniowej przerwie kurację powtarzał. Tę samą szczepionkę stosował autor podskórnie bez wyniku. Wobec tego przypuszcza, że tarczki łuszczycowe są odczynem na bakterje, martwe, przetrawione, niejako usuwane z ustroju (Réaction de sortie) i że dawki szczepionek podawanych powinny być o wiele bardziej stężone. Praca dalsza w toku.

Paralysis facialis et hydartrosis syphilitica Wyniki zastosowania ouabainy w przebiegu zapaści posalwarsanowej (Paralysie faciale et hydarthrose syphilitique. Effet de l'ouabaïne au cours d'une crise nitritoide). M. J. Caroli. (*Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat et de Syphilig. 1929 Nr. 6*).

Chora 42-letnia, cierpiąca na kilę od 6-ciu lat, leczona nieregularnie i niedostatecznie, zgłosiła się ze zmianami, które określono jako paralysis facialis et hydarthrosis genu syphilitica. Rozpoczęto leczenie. Po 5-ciu injekcjach preparatu rtęci wystąpiły gwałtowne objawy zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, wobec czego rozpoczęto stosować neosalvarsan. 1-sze wstrzyknięcie w ilości 0.3 chora zniosła źle, 2-gi w 5 dni później o wiele lepiej, gdyż poprzedzono je podskórnem wstrzyknięciem adrenaliny. W następne 5 dni później zaraz po 3-ciej dawce 0.3 chora popadła nagle w zapaść (sinica, rozluźnienie zwieraczy, utrata przytomności, brak tętna). Ze względu na ciężki stan zastosowano dożylne wlewanie 1/4 mlgrm. ouabainy. Objawy zapaści ustąpiły natychmiast. Autor uważa objawy zapaści za objawy pochodzenia wazomotorycznego, do których chora była skłonna, gdyż wykazywała pewne znamienne cechy: exophtalmus, asthenia. Autor zwraca uwagę na kardjotoniczne działanie ouabainy.

O zastosowaniu nowego preparatu jodowego (Jodisan) w leczeniu ropiejącej grzybicy brody. (Sur l'emploi d'une nouvelle prèparation d'iode (Jodisan) dans le traitement des trichophyties suppurées de la barbe). Prof. P. Fidanza. (*Annales de Dermat et de Syphil 1929 Nr 7*).

Opis 3-ch przypadków grzybicy brody leczonej dożylnymi wstrzykiwaniami roztworu Grama w soli fizjologicznej, w których z powodu zgrubienia ścian żylnych i obliteracji żył trzeba było przerwać leczenie. Opis 2-ch podobnych przypadków, w których podjęto nanowo i ukończono leczenie wstrzykując dożylnie „iodisan" bez jakichkolwiek powikłań ze strony naczyń żylnych. W końcu opis 2-ch przypadków grzybicy brody, w których stosując jedynie „iodisan" dożylnie, w krótkim czasie, bez zmian w żyłach, uzyskano wyleczenie. Autor zwraca uwagę na lecznicze właściwości „iodisanu" i na dużą tolerancję ustroju na ten związek.

„Jodisan" zawiera 0.18 gr. jodu w jednym centymetrze sześć. Autor wstrzykiwał ten środek dożylnie co 12 lub 24 godzin, od 2-ch centym. do 4-ch i nie zauważył jakichkolwiek objawów nietolerancji u chorych. Radzi jednak nie przekraczać ilości 2-ch centym. pro die ze względu na najlepsze wyniki terapeutyczne przy tej dawce.

Unikanie następowych zmian w żyłach po wstrzyknięciach dożylnych roztworu Lugola przez dodanie podsiarczynu sodowego (La suppression des indurations veineuses consècutives aux injections intraveineuses de solution iodo-iodurée par l'adjonction d'hyposulfite de soude). P. Ravaut. (*Annales de Dermat. et de Syphilig. 1929 Nr 7 lipiec*).

Wzrastające z dnia na dzień zastosowanie dożylnych wstrzykiwań roztworu *Lugola* zwróciło uwagę na zmiany, jakie ta metoda doprowadzenia jodu do

organizmu wywołuje w żyłach. Już po kilko wstrzyknięciach, wykonanych w jedną żyłę, ściana żyły twardnieje i grubieje tak, że zabiegi dalsze stają się niewykonalne. Aby zapobiec niepożądanym skutkom próbowano przemywania żyły solą fizjologiczną po wstrzyknięciu, własną krwią chorego, dodawano roztworu cukru. Wszystko to nie usuwało jakkolwiek nie groźnych, jednak niepożądanych skutków.

Autor podaje nowy sposób wykonywania wlewań dożylnych jodu. Do strzykawki naciąga wymaganą ilość płynu *Lugola*, poczem do tej samej strzykawki wciąga 20% roztwór natr. hyposulfurosum w ilości takiej, aby ciężar natr. hyposulfur. był conajmniej dwa razy większy od ciężaru jodu. Płyn po zmięszaniu odbarwia się, nie traci jednak wcale właściwości leczniczych, a umożliwia doprowadzenie do organizmu dużych ilości jodu bez jakichkolwiek zmian w żyłach. Mięszaninę tę trzeba przygotowywać tuż przed zabiegiem, gdyż w kilka chwil płyn mętnieje z powodu strącenia się siarki.

O konstytucjach dermopatycznych (Les constitutions dermopathiques) H. Jausion, M. Gauch i Goldberg. (*La Presse Medic. 1929 Nr 48*).

Psychjatrzy uważają za tło, na którym rozwija się cały szereg schorzeń psychicznych, konstytucję psychopatyczną. Wiadomo, że powłoki zewnętrzne i system nerwowy pochodzą z tej samej blaszki embrjonalnej, ektodermy. Autor rozpatrując literaturę i swoje własne spostrzeżenia przychodzi do przekonania, że w dermatologji można wyróżnić dwa główne typy zespołu cech patologicznych i nazywa je typami dermopatycznymi.

1. Typ wagoseboroiczny charakteryzuje się następującymi objawami: ze strony przewodu pokarmowego skłonnością do wymiotów, do ślinienia, częstymi bólami w epigastrium, skłonnością do zaparcia stolca i do bólów kurczowych w poprzecznicy; ze strony narządu krążenia często występuje arytmja, bradykardja, krążenie obwodowe jest niedostateczne skąd pochodzi skłonność do zastojów żylnych. Ponadto cechuje ten typ trudność wysławiania się, skłonność do anginy a w składzie morfologicznym krwi często znajduje się eozynofilję. W sferze psychicznej — niepokój i skłonność do depresji. Jest to typ skłonny do schorzeń łojotokowych skóry, wyprysków i schorzeń bakteryjnych, tak łatwo rozwijających się na tle łojotoku. Dalej wyłącznym prawie przywilejem tego typu są wszelkie choroby pochodzące z uczulenia (pokrzywka i t. d.). Typ ten reaguje silnie na pilokarpinę. Autor nazywa ten typ, typem o skórze „otwartej“ (ouverte), łatwo ulegającej zakażeniom.

2. Typ sympatyko-peladyczny charakteryzujący się skłonnością do biegunek, poliurji, drgawek i ticków, do tachykardji, mowa prędka, łatwa, częsta bezsenność, pomimo wzmożonego nieraz apetytu brak skłonności do tycia, usposobienie gwałtowne. Ten typ skłonny jest do schorzeń hyper i parakeratotycznych (łuszczyca, lichen planus) i często u takich osobników spotykamy wszelkiego rodzaju wyłysienie (prócz łojotokowych) jak np. alopecia areata. Typ ten reaguje silnie na adrenalinę. W końcu autor wspomina o możliwości istnienia typu mieszanego.

Microsporia i trichophytiasis owłosionej skóry głowy u dorosłego (Les Microspories et les Trichophyties du cuir chevelu chez l'adulte) G. Massia i J. Rousset (*Annales de Dermat. et de Sypilig. 1929 Nr 8*).

Zjawisko obserwowane przez wszystkich autorów — odporności dorosłych na zakażenie grzybem strzygącym i micrcsporum i samowyleczenia tych grzybic w okresie dojrzewania płciowego tłumaczy się zmianą w wydzielaniu endokrinów głównie płciowych. Ta naturalna odporność czasem zawodzi, bo zdarzają się przypadki tych grzybic u dorosłych. Autor przytacza 19 przypadków trichophytiasis, opisanych w literaturze i 4 przypadki mikrosporji u dorosłych, z tych jeden nowy opisany przez autora. Przypadki, z wyjątkiem jednego, dotyczyły kobiet.

Co się tyczy trichophytiasis, to należy odróżnić przypadki, w których była infekcja w dzieciństwie i przetrwała do wieku późniejszego od tych przypadków, które uległy zakażeniu już po okresie pokwitania. W pierwszej grupie najczęstszym był trichophyton violaceum, w drugiej znajdowano trichophyton crateriforme, ochraceum, fumatum i exciccatum. Co do mikrosporji, to infekcja jest o wiele rzadsza u dorosłych i we wszystkich przypadkach było niewątpliwie zakażenie po okresie przekwitania; w 2-ch przypadkach zakażenie dotyczyło kobiet karmiących, z tych jedna nie menstruowała. W 3-ch przypadkach grzyb był prawdopodobnie z rodzaju microsporum Audouini, w przypadku opisanym przez autora wyhodowano microsporum lanosum.

Należy przypuszczać, że przyczyną braku odporności była w tych przypadkach niedomoga wydzielania endokrinów, głównie jajników. To przypuszczenie powinno kierować naszą myśl ku leczeniu grzybicy u dorosłych wyciągami gruczołowymi. Autor przypuszcza, że lepsze wyniki możnaby osiągnąc , stosując extractum corporis lutei niż po zastosowaniu wyciągów z całego jajnika.

Dotychczas leczenie grzybicy u dorosłych nie różni się niczem od leczenia jej u dzieci, polega więc na epilacji skóry zakażonej, co u dorosłych niejednokrotnie połączone jest z dużemi trudnościami ze względu na długotrwały nieestetyczny wygląd.

Preparaty jodowe w dermatologji (Les iodiques spécialement en Dermatologie). Veyriéres (*Revue franc. de Dermat et de Vener 1929, Nr 5*)

Jodek potasu jest związkiem bardzo stałym i tylko z rtęcią w każdej postaci łączy się natychmiast w jodek rtęci. Pozatem może krążyć w organizmie nie uległszy żadnym zmianom. Wydziela się bardzo prędko przez nerki, śluzówki i skórę.

Jod. o ile wogóle wydziela się temi samemi drogami co jodek potasu — (co bardzo trudno stwierdzić) to dzieje się to b. powoli. Prawdopodobnie też dlatego jod rzadko wywołując zaostrzenie zmian skórnych — takich jak trądzik jodowy: jodek potasu robi to podany nawet w bardzo małych ilościach.

Działanie lecznicze jodku potasu polega na wpływie jego na pewne systemy tkanek a nie na bezpośrednim wpływie na mikroorganizmy. Jod jest dzielnym środkiem leczniczym w grzybicach

i w niektórych schorzeniach bakteryjnych skóry, w połączeniu jednak z ciałami organicznemi traci te zdolności. Działanie to polega na powstrzymaniu zarodników w rozwoju.

Jod stosuje się w następujących postaciach: 1) pochodne jodu metalicznego, 2) sztuczne białkany jodowe, 3) oliwa jodowa, 4) sztuczne i naturalne związki taninowe jodu, 5) parafina jodowa, 6) pary jodu.

Co się tyczy dożylnych wstrzykiwań preparatów jodowych, to autor nie widzi potrzeby stosowania środków, które podane doustnie już w trzy minuty dają się stwierdzić w moczu, a więc do krwiobiegu dostają się jeszcze prędzej.

Leczenie posurowiczej pokrzywki pankreatyną (Traitement de l'urticaire sérique par la pancréatine). A. Legrand. (*Journal de Medic. de Paris, 1929 Nr 9*).

Pokrzywki posurowicze zjawiają się stosunkowo najczęściej po surowicy przeciwbłoniczej. Statystyki w tym względzie nie są jednolite i podają cyfry 35 do 70%. Schorzenie to jest niewątpliwie odczynem na obecność obcego białka w krwi, występuje jednak u osobników z niedomogą trzustkową.

Autor poleca jako racjonalne leczenie podawanie systematyczne dużych dawek pankreatyny. Środek ten podany równocześnie z wstrzyknięciem surowicy i podawany od tego dnia przez 12 dni działa zapobiegawczo.

Leczenie „przeciwwstrząsowe" eozynatem cezu w dermatologji (La medication „antichoc" par l'éosinate de césium en dermatologie) Gougerot, Pyere i Bertillon (*„Bullet. gener. de Therap. 1929 Nr. 5)*.

Autor opierając się na właściwościach eozynatu cezu powstrzymywania kłaczkowacenia i powiększenia lepkości surowicy in vivo, stosował ten środek w niektórych schorzeniach skórnych, zwłaszcza pokrzywkowych (urticaria gigant., urticaria e frigore). Tym sposobem uzyskał 6% wyleczeń przeważnie czasowych. Naprzykład, w jednym przypadku eczema seborroicum z wykwitami pokrzywkowatemi, chory po każdym wstrzyknięciu był zdrów przez przeciąg 5-ciu do 30-tu dni. Wstrzyknięcia wykonywał autor dożylne 5—20 cm³ (Nortal Ctin). Środek tego zostaje wydalony powoli dopiero w ciągu 3-ch dni. W moczu zjawia się dopiero w 8 godzin po wstrzyknięciu Autor przypuszcza, że z krwi przechodzi ten lek do żółci, stąd do jelit. W jelitach ulega przemianie resorbuje się i dopiero z krwiobiegu zostaje wydalony z moczem.

Badania doświadczalne nad leczeniem łuszczycy. Kuracja bizmuto-arseno-pirydynowa. (Recherches therapeutiques sur le psoriasis; sa cure bismutho-arseno pyridinique). Jansion, Debucquet et Pecker. (*Bullet de l'Academ de Méd. 1929, Nr 12*)

Autorzy przypominają wyniki poprzednich doświadczeń, w których z wielu sposobów leczenia łuszczycy najlepsze wyniki otrzymywali stosując emeticum arsenicalis piridin.

Ten związek 5-cio wartościowego arszeniku w połączeniu z pochodną bizmutu, daje związek stały, nadający się do wstrzyknięć dożylnych. Stosować można go co 2-gi dzień, w ten też sposób stosowali go autorzy w 53 przypadkach łuszczycy. Objawy nietolerancji spotykali wyjątkowo (biegunki). Na jedną kurację stosowano 30 wstrzyknięć. Z 53 chorych 45 zostało tym sposobem wyleczonych, z tych wprawdzie 8 miało lekkie nawroty, lecz nawroty te łatwo ustępowały po powtórzeniu kuracji. W 6-ciu przypadkach była nieznaczna tylko poprawa i ci chorzy pozostają nadal w leczeniu (3 kuracje w ciągu roku). W 2-ch przypadkach nie można było systematycznie wykonywać wstrzykiwań.

Autorzy zwracają uwagę na szczególnie dobre wyniki w leczeniu psoriasis arthropatica i uważają ten środek przeciwłuszczycowy za najdzielniejszy ze wszystkich dotychczasowych. Dobre działanie tego leku zauważyli również autorzy w schorzeniach parakeratotycznych (eczema sebor).

Osutki po stosowaniu Stovarsolu. (Eruptions stovarsoliques. Discussion de leur origine). Gaté, Billa, Rousset i Mrehel. (*Lyon Médical, Nr 12 r. 1929 (marzec)*).

Opis 3-ch przypadków, w których w czasie pobierania stovarsolu pojawiły się osutki. W 2-ch przypadkach osutka była typu odrowego, z tych w jednym — z nawrotem. W 3-cim przypadku osutka o typie szkarlatynowym przeobraziła się w erytrodermję. We wszystkich 3-ch przypadkach były ponadto zwykle spotykane objawy zatrucia. Autor wysuwa twierdzenie, że miał do czynienia z rumieniami toksycznemi wskutek uczulenia organizmu.

Próby leczenia gronkowcowych zakażeń skóry lizatami szczepionek. (Essais de traitement des staphyloccoccies cutanées par les lysats—vaccins) Ch. Flandin i M. Duchon). *Bull. et mém. de la Soc. Médic. des Hopit, de Paris. 1929, 25*).

Gronkowce są b. wrażliwe na zaczyny lityczne innych drobnoustrojów, np. bact. pyocyaneum. Gronkowce są to koki, które ze środowiska znikają najszybciej pod wpływem tych zaczynów.

Autor stosował w 35 przypadkach zakażeń skóry gronkowcami leczenie przy pomocy wstrzykiwań lizatu odpowiedniej szczepionki. Były to przypadki przeważnie mnogiej przewlekłej czyraczności u dorosłych i dzieci. Stosowanie lizatów szczepionki miejscowo nie dawało żadnych wyników i autor zawsze był zmuszony uciec się do wstrzykiwań. Stosował je codziennie, w cięższych przypadkach 2 razy dziennie w ilości 10 do 16 wstrzyknięć u dorosłych 1—2 centymetrów, u dzieci $^{1}/_{4}$ do 1 centymetra. Po wstrzyknięciach nie występowały żadne objawy wstrząsu, bolesność zmiejszała się w 12 godzin. Obrzęk i przekrwienie również ustępowały bardzo prędko. W ropie zwiększała się ilość leukocytów i fagocytoza. Czyraki świeże w czasie leczenia pojawiały się, lecz stopniowo coraz mniej bolesne i coraz mniejsze, pod koniec leczenia pojawiały się tylko niewielkie okołomieszkowe wykwity, w końcu sprawa wygasała.

Autor we wszystkich przypadkach uzyskał szybkie wyleczenie, uważa ten sposób leczenia za szybki i pewny.

Stosowanie lizatów szczepionek w bardziej powierzchownych zakażeniach skóry gronkowcami w postaci miejscowego leczenia dało dobre wyniki. W dyskusji *Jancion* poleca ten sposób leczenia czyraczności: sam stosuje w tych wypadkach szczepionki zmieszane z insuliną (15 jednostek) w postaci wstrzykiwań.

Arseuo-odporna kiła u małżonków. (Syphilis conjugale arseno-rêsistante), G. Hufschmitt. *Bull. de la Soc. Fr de Derm. et de Syphil, 1929., Nr. 4.*

Opis przypadku pierwszorzędnej kiły u dwojga małżonków, pochodzącej z zakażenia tym samym szczepem krętków. W obydwu przypadkach, pomimo podawania dużych dawek salwarsanu, wystąpiły gwałtowne objawy kiły drugorzędnej (wysypka, zmiany na migdałkach i genitaljach, nierówność źrenic i t. d.). Po zastosowaniu leczenia bizmutowego zmiany ustąpiły w krótkim czasie.

Zastanawiając się nad przyczyną oporności kiły na leczenie salwarsanem w tych przypadkach, autor przychodzi do przekonania, że przyczyną tego zjawiska było zakażenie typem krętka arseno-opornego. W takich przypadkach radzi autor unikać energicznego leczenia salwarsanem i przejść do leczenia preparatem arsenu pięciowartościowego, a o ile i ten okaże się bezskutecznym, co często się zdarza, zastosować energiczne leczenie przetworami bizmutu.

Winian ergotaminy w leczeniu pokrzywki. (La tartrate d'ergotamine dans l'urticaire). M. Babalian. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et de Syphil. 1929, Nr. 4.*

Autor dzieli wszystkie przypadki pokrzywki na dwie grupy. Jedną, w której na pierwszy plan wysuwają się objawy wzmożonego napięcia nerwu sympatycznego, i drugą wagotoniczną. W pierwszej grupie dobre wyniki lecznicze otrzymuje się, stosując przetwory ergotynowe. Autor stosował winian ergotaminy w 11 przypadkach pokrzywk; w 4 uzyskał zupełne wyleczenie w 1 poprawę.

Ergotamina jest alkaloidem, porażającym gałązki pobudzające i hamujące układu sympatycznego, jest więc antagonistą zarówno dla adrenaliny i efedryny, jak i dla atropiny. Działanie ergotaminy jest zbliżone do działania yohimbiny, eseriny i pilokarpiny. Autor podawał ją w postaci winianu doustnie: w ilości 2-3 tygodni. W jednym tylko przypadku z powodu niedostatecznych wyników leczniczych po okresie podawania doustnego tego środka, przeszedł autor do stosowania codziennych wstrzykiwań podskórnych w ilości 1/4 mgr. i tym sposobem zdołał uzyskać, poprawę. Objawy zatrucia nie występowały. W pozostałych przypadkach nie udało się autorowi poprawić stanu chorobowego a nawet w jednym po podawaniu tego środka, istniejące poprzednio objawy duszności nasilały się i zmusiły autora do zaprzestania tego leczenia. Autor radzi we wszystkich przypadkach pokrzywki przeprowadzić próbne leczenie przetworami ergotynowemi, gdyż niekiedy spotyka się znaczne trudności w zaliczeniu pokrzywki do jednej z wyżej wymienionych grup. O ile środek ten zawiedzie, należy podawać leki antagonistyczne, jak atropinę, adrenalinę.

Krwotoki novarsenobenzolowe i zespół hemogeno-hemofiliczny. (Hemorragies graves novarsenobenzoliques avec syndrome hemogeno-hemophilique). J. Gate, J. Rousset. *Bull. de la Soc, Fr. de Derm. et de Syphil. 1929, Nr. 4.*

U kobiety 23-letniej, leczonej z powodu kiły utajonej arsenobenzolem, która źle zniosła duże pierwsze serje wstrzykiwań, zastosowano trzecią serję wstrzykiwań. Po drugim wstrzyknięciu novarsenobenzolu wystąpiły znowu objawy nietolerancji, które w 8 dni rozwinęły się w obraz kliniczny następujący: krwawienie z śluzówki nosa, z macicy, z dziąseł i z jelit. Na skórze kończyn dolnych liczne wybroczyny, ciepłota ogólna 40°, tętno 120, daleko posunięte objawy niedokrwistości, przedłużony czas krwawienia, prawidłowy krzepnienia, wybroczyny na dnie oka. Krwawienia ustąpiły po 2 dniach, chora wykazywała jednak bardzo silną niedokrwistość. Stosowano tamponowanie jamy nosowej, dziąseł i jamy macicznej.

Dr. Zofja Jastrzębska.

KRONIKA.

III Zjazd lekarski w Krynicy od dnia 4 — 6 Stycznia 1930 roku.

Program.

4-go stycznia 1930 r.

Godzina 10. Otwarcie Zjazdu przez prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dra *Stanisława Lewickiego*. Wybór Prezydjum Zjazdu. Przemówienia oficjalne.

Godzina 11. Posiedzenie naukowe:

1. Prof. Dr *Wincenty Jezierski* (Poznań): Wpływ hormonów na akcje serca.

2. Doc. Dr *Antoni Sabatowski* (Lwów): Zimowe leczenie uzdrowiskowe w stosunku do zjawisk okresowych w biologji człowieka.

Godzina 12 — 14, Imprezy sportowe (Międzynarodowe zawody hokeyowe Węgry-Polska).

Godzina 14, Śniadanie, wydane przez Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy.

Godzina 16·30 Posiedzenie naukowe.

3. Dr. *Jakób Węgierko* (Warszawa): Istota i leczenie nerwic wegetatywnych.

4. Dr *Teofil Kucharski* (Poznań); O stosowaniu i skuteczności hormonów w praktyce lekarskiej.

5. Prof. Dr *Marjan Franke* (Lwow); Ważność badania przemiany spoczynkowej (podstawowej) w schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

6. Doc. Dr *Aleksander Oszacki* (Kraków): Znaczenie badania gazów dla rozpoznawania i leczenia chorób wewnętrznych.

7. Prof. Dr *Rafał Radziwiłłowicz* (Wilno): Układ autonomiczny a wydzielanie wewnętrzne.

Dyskusja.

5-go stycznia 1930 r.

Godzina 8 — 10. Zwiedzanie Zdrojowiska.
Godzina 10, Posiedzenie naukowe.

8. Dr *Maksymilian Blassberg* (Kraków): Nowoczesne leczenie cukrzycy w zdrojowiskach.

9. Doc. Dr *Filiński* (Warszawa): Rola przemiany materji w zaburzeniach krążenia i wytyczne w ich leczeniu.

10. Dr *Anastazy Landau* (Warszawa); Współczesne poglądy na istotę i leczenie moczówki cukrowej.

11. Dr *Artur Chwalibogowski* (Lwów): Cukrzyca u dzieci.

12. Dr *Jakób Węgierko* (Warszawa): Leczenie cukrzycy w świetle dawnych i nowych poglądów.

13. Doc. Dr *Franciszek Łabendziński* (Poznań): Insulina a narząd krążenia.

DYSKUSJA.

Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe.

14. Prof. Dr *Franciszek Groer* (Lwów): Rola skóry w chemiźmie wewnętrznym ustroju.

15. Doc. Dr *Stanisław Klejn* (Warszawa): Rola wątroby w gospodarce wodnej ustroju.

16. Doc. Dr *Mieczysław Wierzuchowski* (Warszawa); Cukrowa przemiana materji z punktu widzenia klinicznego.

17. Dr *Witold Skórczewski* (Krynica); Wpływ leczenia kąpielowego w Krynicy na obraz ortodiagraficzny serca.

18. Doc. Dr *Adam Elektorowicz* (Warszawa); Znaczenie kliniczne badania rentgenologicznego w schorzeniach kiszek grubych.

Godzina 21. Bankiet dla uczestników Zjazdu wydany przez Zarząd Zdrojowy, Zwierzchność Gminną i Komisję Zdrojową.

6-go stycznia 1930 r.

Godzina 10. Posiedzenie naukowe.

19. Dr *Samuel Liniecki* (Łódź). Gościec przewlekły a zaburzenia hormonalne.

20. Doc. Dr *Stefan Sterling-Okuniewski* (Warszawa). temat zastrzeżony.

21. Prof. Dr *Ludomil Korczyński* (Kraków). temat zastrzeżony.

Dyskusja.

Godzina 12 — 14. Imprezy sportowe (zawody narciarskie, skoki).

Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe:

22. Dr *Franciszek Kmietowicz* junior (Lwów). Wchłanianie bezwodnika przez skórę w czasie kąpieli kwasoweglowej.

23. Prof. Dr *Tadeusz Tempka* i Dr *Kubiczek* (Kraków, doniesienie tymczasowe): Wpływ Zubera na cholesterynę w ustroju zdrowym i chorym, w porównaniu z działaniem analogicznem innych wód.

24. Dr *Bronisław Braun* (Kraków) Wpływ Zubera na przemianę spoczynkową oraz równowagę kwasowo-zasadową w przebiegu schorzeń gruczołów dokrewnych, zwłaszcza hypertyreoz.

25 Doc. Dr *Włodzimierz Filiński* i Dr *Zofja Franio* (Warszawa); Badania nad wpływem zdroju Zubera na wydzielanie żołądkowe.

26. Badania kliniczne nad wpływem wody ze źródła Karola w Iwoniczu:

Dr *Jerzy Rejchan* (Kraków): *a*) Wydzielanie treści żołądkowej.

Dr *Leon Tochowicz* (Kraków); *b*) Wydzielanie treści dwunastniczowej, *c*) Przemiana spoczynkowa.

Dyskusja.

Zamknięcie Zjazdu.

Godzina 22. Raut i Bal lekarski w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego.

Podczas Zjazdu czynną będzie Wystawa środków leczniczych.

Warunki uczęstnictwa.

Wkładka członkowska 40 Zł., wkładka osoby towarzyszącej 30 Zł.

Karta uczęstnictwa upoważnia do udziału w posiedzeniach i zwiedzaniu zdrojowiska, bezpłatnej kwatery, udziału w dwóch przyjęciach Zjazdu przez Stowarzyszenie Lekarzy i Władze miejscowe, udziału w raucie i balu lekarskim, bezpłatnych zabiegów leczniczych i zniżki kolejowej w drodze powrotnej. Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie po wydrukowaniu Pamiętnik III Zjazdu ze wszystkiemi przemówieniami i dyskusją in extenso.

Zgłoszenia uczestnictwa przyjmuje sekretarz generalny Zjazdu: Dr *Witold Skórczewski*, Krynica.

Krynica, w październiku 1929 r.

Dr. *Witold Skórczewski*
Sekretarz generalny III Zjazdu Lek.

Dr. *Stanisław Lewicki*
Prezes Stowarzyszenia Lekarzy.

Imprezy sportowe będą obejmowały: Zawody hokeyowe, zawody narciarskie, skoki narciarskie z wielkiej skoczni, zawody saneczkowe, popisy w sztucznej jeździe na lodzie.

Komitet organizacyjny Zjazdu nie jest w stanie wysłać do wszystkich lekarzy polskich, których liczba sięga już 10.000, szczegółowe programy obrad, natomiast prosi kolegów, którzy zjazdem by się chcieli zainteresować, o zwrócenie się do sekretarza generalnego Zjazdu, który odwrotnie prześle wszystkie dotyczące Zjazdu informacje.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski.*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU